



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE



IOLANDA NOGUEIRA DE SOUSA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL,
NO DISTRITO SANITÁRIO DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO,
EM SALVADOR, BAHIA**

SALVADOR - BAHIA
2021

IOLANDA NOGUEIRA DE SOUSA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL,
NO DISTRITO SANITÁRIO DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO,
EM SALVADOR, BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, com área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde com ênfase em Trabalho e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Catharina Leite Matos Soares

SALVADOR - BAHIA

2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S725p Sousa, Iolanda Nogueira de.

Práticas educativas das Equipes de Saúde Bucal, no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, em Salvador, Bahia / Iolanda Nogueira de Sousa. -- Salvador: I.N. Sousa, 2021.

111 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Catharina Leite Matos Soares.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Educação em Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Estratégia Saúde da Família.
I. Título.

CDU 37:614



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Iolanda Nogueira de Sousa

Práticas educativas das Equipes de Saúde Bucal, no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, em Salvador, Bahia.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 31 de agosto de 2021

Banca Examinadora:

Profa. Catharina Leite Matos Soares – ISC/UFBA

Profa. Mariângela Silva de Matos – FOUFBA

Profa. Terezinha de Lisieux Quesado Fagundes – ISC/UFBA

Salvador
2021

Dedico este trabalho ao meu pai Joselito e a minha mãe Carmen, meus eternos amores. Os melhores educadores e incentivadores de uma vida que tanto me prepararam para as escolhas assertivas e me ensinaram a lutar pelas minhas conquistas com ética.

AGRADECIMENTOS

Primeiro, agradeço a Deus, a minha primordial motivação de vida.

À toda a minha família: irmãs, irmãos, sobrinhos, tios e tias.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Catharina Leite Matos Soares, minha gratidão, por ter me acolhido e compartilhado suas experiências e ensinamentos, que tanto contribuíram para construção deste estudo.

Às professoras que estiveram à frente da banca, Mariângela Santos e Terezinha de Lisieux, que me permitiram desvendar os atravessamentos e as possibilidades de uma prática de educação em saúde comprometida com o social.

À Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis pela oportunidade concedida de qualificação aos profissionais do seu quadro.

Às nossas coordenadoras do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Isabela Pinto e Liliana Santos pelo profissionalismo e dedicação ao que fazem.

Ao professor Paim por quem tenho apreço e respeito, sobretudo, pelo trabalho educativo de uma vida dedicada a formar sujeitos críticos na luta por uma sociedade justa e democrática.

Aos queridos e dedicados professores e trabalhadores do ISC, em especial, a Soninha, para quem agradeço enormemente todo carinho e atenção que tanto favoreceu o meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas amigas do coração, Adelina Rolim, Jamile Macêdo e Patrícia Bahia, que sempre me incentivaram na realização de novos projetos profissionais e de vida.

À minha querida colega e amiga, Leila Mazzafera, com quem aprendo e que se coloca sempre pronta a me apoiar em muitas ocasiões, especialmente, na elaboração desse trabalho.

As colegas de trabalho, Cláudia Moura, Cláudia Lima, Conceição Souza, Consuelo Fraguas, Isabela Veras, Shirlei Xavier e Verena Falcão, que muito contribuíram nessa jornada.

À minha colega de mestrado e agora amiga, Vanessa Estrela, obrigada pela parceria.

Aos cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e a agente comunitária em saúde, agradeço imensamente pela relevante participação na pesquisa, além da oportunidade de produção do conhecimento e reflexão da prática educativa em saúde bucal, a ser trabalhada numa perspectiva humana, participativa e transformadora da realidade.

À Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, em nome de todos os técnicos de saúde e na pessoa de Cláudia Simon, chefe de ações e serviços e odontóloga distrital do DSSF, obrigada por todo acolhimento e colaboração na realização dessa investigação científica.

“Assim, pensar educação é pensar desde a minha biografia, na qual estão incluídas muitas parcerias intelectuais e afetivas. Talvez por isso pensar em educação e saúde para mim esteja marcado por vê-las como dimensões do ser humano em sociedade, onde me vejo como coadjuvante e co-autor desse – script – de várias e múltiplas vozes; de re-produção da vida, de realização do real e da des-construção da existência”.

Cardoso de Melo (1992)

RESUMO

O estudo consiste em investigação acerca das ações educativas realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal, destinadas à população em um DS do município de Salvador/Ba. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, que buscou caracterizar as práticas educativas, reconhecendo o perfil socioeducacional e ocupacional dos profissionais, as estratégias pedagógicas e temas de saúde abordados em meio as dimensões sociais, políticas e culturais que as atravessam. Para produção dos dados foram consultados os documentos municipais: o Plano Municipal de Saúde, o Relatório Anual de Gestão e a Programação Anual de Saúde e feitas entrevistas com aplicação de um roteiro semiestruturado para sete Cirurgiões-Dentistas, cinco Auxiliares de Saúde Bucal, uma Agente Comunitária em Saúde e a Odontóloga Distrital. Os resultados apontaram que as principais temáticas empregadas são pautadas nas doenças bucais prevalentes e fatores de riscos relacionados, em detrimento a determinação social do processo saúde-doença. As estratégias pedagógicas prevaleceram na transmissão de conhecimentos e no condicionamento de técnicas, mas com indícios de mudanças demonstradas pela utilização de metodologias mais dialogadas e participativas. O estudo revelou dificuldades no desenvolvimento das práticas educativas referentes às necessidades de infraestrutura e o provimento de recursos materiais e as facilidades associadas ao trabalho realizado em equipe e de forma multidisciplinar. Diante do enfoque bancário na condução das práticas educativas, considera-se importante a proposição de processos de qualificação aos educadores quanto aos saberes e práticas educativas problematizadoras comprometidas com a realidade social, que contribuam na constituição de sujeitos capazes de enfrentar novos desafios postos pelo processo da Reforma Sanitária Brasileira, de modo a favorecer o envolvimento da comunidade nas questões de saúde em busca da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Saúde Bucal. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The study consists of an investigation about the educational actions carried out by the Oral Health Teams aimed at the population in a SD in the city of Salvador/Ba. This is a qualitative, exploratory research, which sought to characterize educational practices, recognizing the socio-educational and occupational profile of professionals, the pedagogical strategies and health themes addressed in the midst of the social, political and cultural dimensions that cross them. For data production, the municipal documents were consulted: the Municipal Health Plan, the Annual Management Report and the Annual Health Schedule, and interviews were conducted with the application of a semi-structured script for seven Dental Surgeons, five Oral Health Assistants, one Agent Community in Health and the District Dentist. The results showed that the main themes used are based on prevalent oral diseases and related risk factors, to the detriment of the social determination of the health-disease process. Pedagogical strategies prevailed in the transmission of knowledge and conditioning of techniques, but with signs of changes demonstrated by the use of more dialogic and participatory methodologies. The study revealed difficulties in the development of educational practices related to infrastructure needs and the provision of material resources and the facilities associated with teamwork and in an interdisciplinary way. Given the banking focus on conducting educational practices, it is considered important to propose qualification processes to educators regarding problematic educational knowledge and practices committed to the social reality, which contribute to the constitution of subjects capable of facing new challenges posed by the Reform process Brazilian Sanitary, in order to favor community involvement in health issues in search of their quality of life.

Keywords: Health Education. Oral Health. Family Health Strategy.

RESUMEN

El estudio consiste en una investigación sobre las acciones educativas que realizan los Equipos de Salud Bucal dirigidas a la población de un SD de la ciudad de Salvador / Ba. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria, que buscó caracterizar las prácticas educativas, reconociendo el perfil socioeducativo y ocupacional de los profesionales, las estrategias pedagógicas y los temas de salud abordados en medio de las dimensiones sociales, políticas y culturales que las atraviesan. Para la producción de datos se consultaron los documentos municipales: Plan Municipal de Salud, Informe Anual de Gestión y Cronograma Anual de Salud, y se realizaron entrevistas con la aplicación de un guión semiestructurado para siete Cirujanos Dentistas, cinco Auxiliares de Salud Bucal, un Agente de la Comunidad en Salud y el Dentista del Distrito. Los resultados mostraron que los principales temas utilizados se basan en enfermedades bucales prevalentes y factores de riesgo relacionados, en detrimento de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Las estrategias pedagógicas prevalecieron en la transmisión de conocimientos y condicionamiento de técnicas, pero con signos de cambios demostrados por el uso de metodologías más dialógicas y participativas. El estudio reveló dificultades en el desarrollo de prácticas educativas relacionadas con las necesidades de infraestructura y la provisión de recursos materiales y las instalaciones asociadas al trabajo en equipo y de manera interdisciplinaria. Dado el enfoque bancario en la realización de prácticas educativas, se considera importante proponer procesos de calificación a los educadores en cuanto a problematizar conocimientos y prácticas educativas comprometidas con la realidad social, que contribuyan a la constitución de sujetos capaces de enfrentar los nuevos desafíos planteados por el proceso de Reforma Sanitaria Brasileira, con el fin de favorecer la participación de la comunidad en temas de salud en busca de su calidad de vida.

Palabras clave: Educación para la Salud. Salud Bucal. Estrategia de Salud Familiar.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BA	Bahia
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAP	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CEO	Centro de Especialidade Odontológico
CD	Cirurgião-Dentista
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CH	Centro de Hemodiálise
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DS	Distrito Sanitário
DSSF	Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família

ESPBA	Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAS	Programação Anual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual Gestão
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RT	Residência Terapêutica
SSA	Salvador
SC	Saúde Coletiva
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tecnologias Educacionais
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama Charles Maguerez	43
Figura 2	Rede de cobertura dos serviços de saúde do DSSF	47
Figura 3	Esquema teórico representativo da intervenção educativa	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características dos elementos das propostas pedagógicas	39
Quadro 2	População estimada de Salvador por Distrito Sanitário, Salvador- Ba, 2019	48
Quadro 3	Relação de equipes de atenção primária e índice de desenvolvimento humano por Distrito Sanitário, Salvador-BA – 2019	48
Quadro 4	Relação dos documentos utilizados para análise documental	51
Quadro 5	Características do agente da ação segundo: sexo, idade, graduação, tempo de atuação, carga horária, títulos e experiências de EPS e pedagógicas	60
Quadro 6	Comparativo das características das práticas educativas entre as ESB do DSSF/SSA- BA	79

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	22
2.1	Objetivo geral	22
2.2	Objetivos específicos	22
3	METODOLOGIA	23
3.1	Aspectos teóricos e conceituais	23
3.1.1	A educação em saúde: expressão do cuidado na equipe de saúde bucal	23
3.1.2	O processo de trabalho em saúde dos educadores da saúde bucal	27
3.1.3	Perfil dos agentes da prática educativa em saúde bucal	30
3.1.4	Enfoques dos modelos de educação em saúde: um breve histórico	33
3.1.5	Propostas pedagógicas de ensino-aprendizagem	38
3.2	Aspectos técnicos e operacionais	44
3.2.1	Desenho de estudo	44
3.2.2	Lócus do estudo	45
3.2.3	Participantes da pesquisa	49
3.2.4	Procedimentos e técnicas para produção de dados	50
3.2.5	Organização e análise dos dados da pesquisa	52
3.2.6	Princípios éticos da pesquisa	55
4	RESULTADOS	56
4.1	Características das intervenções educativas em saúde bucal	56
4.1.1	Os agentes das práticas pedagógicas	56
4.1.2	Objeto das práticas educativas	61
4.1.3	Pedagogias e tecnologias	63
4.1.4	Finalidade da prática educativa	65
4.1.5	Produtos da prática educativa	69
4.2	Contexto das práticas educativas: facilidades e dificuldades	70
4.3	Características do trabalho educativo entre as ESB	75
4.4	Comparativo do trabalho educativo entre as ESB	77
5	DISCUSSÃO	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	99
	ANEXOS	110

APRESENTAÇÃO

Sou cirurgiã-dentista, há mais de 26 anos, funcionária pública estadual do quadro da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Parte da minha trajetória profissional foi dedicada a realização de procedimentos clínicos, essencialmente curativos, desenvolvidos nas unidades e serviços ambulatoriais e na rede hospitalar. Por acreditar e reconhecer que tais práticas apresentavam-se distanciadas das reais necessidades de saúde da população e do meu interesse pela educação, protagonizei novos rumos para a minha vida pessoal e profissional.

Atualmente integro o corpo docente da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA), uma escola de governo responsável pela formação e qualificação dos trabalhadores de saúde do Estado da Bahia, em conformidade com os preceitos do artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que preconiza ao SUS a responsabilidade de ordenamento dos recursos humanos da saúde.

Desde o meu ingresso na escola, dentre as minhas competências profissionais, atuo como apoiadora pedagógica e gestora dos processos formativos, implantando e acompanhando os cursos de formação e qualificação ofertados aos trabalhadores da rede SUS, incluindo o Curso Técnico em Saúde Bucal, de forma centralizada e descentralizada nos 417 municípios baianos.

Durante todo este tempo estive a frente da gestão e da docência do Curso de Formação Técnica-Pedagógica que é um dos pré-requisitos para os trabalhadores de saúde atuarem como docentes nos cursos técnicos desenvolvidos pela escola. Dentro dessa perspectiva, uma questão me instigava bastante no que se refere ao potencial indutor de transformação, apresentado pela formação pedagógica, ao utilizar pressupostos freirianos e uma metodologia problematizadora e dialógica, possibilitava mudanças significativas na condução dos processos educativos desenvolvidos por estes profissionais de saúde.

Com o tempo observava que a adoção da metodologia participativa e problematizadora da realidade, propiciava uma melhor percepção, implicação, aprendizagem dos conteúdos trabalhados e análise-crítica de soluções condizentes para os problemas a serem enfrentados, tanto para os educadores quanto para os educandos.

Particularmente, o motivo que preside este estudo nasceu dessa constatação, da especial relevância que o componente educativo possui para a promoção da saúde, principalmente quando a prática educativa busca produzir reflexão e análise crítica por parte dos atores sociais comprometidos com a práxis contextualizada sobre a realidade.

Deste modo, enquanto ator social à frente da gestão dos processos formativos da escola, me propus a conduzir esta pesquisa na intenção de compreender as “lógicas”, que orientam o fazer educativo e demarcam as “lógicas” do cuidado em saúde, a partir da caracterização das práticas educativas nas Equipes de Saúde Bucal do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador – BA, de modo a contribuir na proposição de processos de qualificação que favoreçam o desenvolvimento de competências e habilidades de planejamento, organização, operacionalização e avaliação, para que dessa forma sejam desenvolvidas estratégias de educação e comunicação no âmbito da saúde bucal, diante do contexto da própria realidade do referido distrito.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os resultados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 revelam dados estatísticos que mostram avanços significativos na condição de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2012a). Apesar da tendência de redução do índice de cárie dentária na população jovem e adolescente ao longo dos anos, esse agravo continua apresentando condição persistente nas crianças da faixa etária de cinco anos, assim como nos adultos e idosos (CANGUSSU; SOARES; CABRAL, 2016).

Tais evidências apontam que, para além das medidas de saúde desenvolvidas na ampliação ao acesso as ações e serviços, resultante da expansão da cobertura das equipes de saúde bucal, criação de centros de especialidades odontológicas, ações de elevado alcance populacional de promoção, a exemplo do acesso a água tratada e fluoretada para milhões de brasileiros, dentre outras iniciativas (CANGUSSU; SOARES; CABRAL, 2016), um destaque merecido deve ser dado ao papel da ação educativa em saúde, como um importante componente que favoreça a promoção de mudanças no quadro epidemiológico e na qualidade de vida da população.

Na abordagem e discussão do valor e do espaço que a educação em saúde ocupa dentro da Atenção Primária à Saúde (APS)¹, especialmente no âmbito da saúde bucal, para que se constitua e desenvolva ação tecnológica com capacidade de promover a melhoria do nível de saúde bucal da população, torna-se necessário considerar a educação em saúde, na perspectiva de Feio e Oliveira (2015). Para as autoras, trata-se de um processo atravessado, ao longo do tempo, por mudanças significativas, conceituais e práticas decorrentes das transformações sociais, culturais, econômicas e políticas que condiciona e configura a prática educativa, mas que vem na atualidade sendo trabalhada numa perspectiva mais abrangente e integradora.

Na contemporaneidade, em meio a complexidade e diversidade das necessidades na sociedade, defende-se a prática educativa abalizada às atividades de educação em saúde voltada para o desenvolvimento e formação do homem, de forma integral, potencializando as capacidades individuais e coletivas, promovendo sua participação ativa no desenvolvimento da própria comunidade (FEIO; OLIVEIRA, 2015), acrescido do reconhecimento da cultura,

¹ No Brasil passou a ser denominada de Atenção Básica à Saúde (ABS) no momento da implementação do SUS. Abrange um conjunto de ações e práticas de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Propõe cuidados em saúde de atenção ambulatorial de primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, serviços de primeiro contato do paciente, direcionados a cobrir infecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde. Objetiva a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e as coletividades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

valores e participação política das pessoas sobre as questões que envolvem a vida (BOMFIM et al., 2007).

No contexto da APS, a prática da educação em saúde bucal no setor público segue ancorada ao conceito ampliado de saúde, entendido, portanto, como processo social que envolve fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer e aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva, as intervenções educativas devem configurar-se para reorientar e substituir o caráter higienista sanitário, orientado para além do enfoque orgânico da prevenção e do tratamento das doenças (FEIO; OLIVEIRA, 2015). Estas devem ir, portanto, na direção do alcance de dimensões mais amplas (RANGEL, 2009), voltadas para a promoção da saúde bucal, de modo a contribuir para o enfretamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Alves (2005), sinaliza a necessidade da reorientação dos modelos das práticas educativas de enfoque assistencial e aponta a direção que estes devem assumir. Para a referida autora, as ações educativas devem ser formuladas, de acordo com as necessidades e problemas de saúde da população, contextualizadas às instâncias da realidade, de forma a adequar-se aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e igualdade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) proposta pelo Ministério da Saúde (MS), estrutura-se na atenção básica em saúde, visando a reorientação e reorganização das ações e serviços de saúde pretendidos no modelo da vigilância da saúde (ALVES; AERTS, 2007).

Debruçado sobre a lógica institucionalizada, os autores Almeida e Ferreira (2008, p.1), enfatizam que “as práticas profissionais refletem a estruturação dos serviços de saúde, relacionando-se aos princípios norteadores do modelo de atenção vigente”. Assim sendo, as práticas educativas em saúde estão organizadas de modo a alcançar objetivos das políticas e das finalidades dos processos de trabalho em saúde.

Para a construção do “Estado da arte”, no que concerne o desenvolvimento das práticas educativas em saúde bucal, foi realizado o levantamento da produção científica dos últimos 10 anos, nas bases de dados do Portal Regional, da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando a associação dos descritores “educação em saúde”, “saúde bucal” e “estratégia saúde da

família”. Dentre os resultados identificados², observa-se a recorrência de resultados similares dos processos educativos de enfoque sobre o modelo biomédico e a relevância da temática em meio aos dilemas e paradoxos da sua construção na sociedade, assim como uma necessidade constante de produção de novos conhecimentos para o enfrentamento dos problemas de saúde na perspectiva da promoção da saúde e qualidade de vida da população.

Entre os achados encontrados referentes às práticas educativas realizadas pela Equipe de Saúde Bucal (ESB), no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidências apontam, que embora valorizadas, apresentam diferentes graus de entendimento do processo educativo pelos dentistas (GARCIA et al., 2018). Nem sempre priorizadas (CORRÊIA, 2011), são majoritariamente desenvolvidas numa situação tradicional de ensino-aprendizagem (MENDES, et al., 2017), com caráter prescritivo e abordagens convencionais de educação sanitária, não favorecendo, em geral, a autonomia dos usuários do SUS (BRASIL; SANTOS, 2018). Outras evidências mostram que as práticas de educação em saúde são realizadas de modo abstrato e descoladas da realidade da população (MATOS; GONDINHO; FERREIRA, 2015) e são, geralmente, realizadas nos grupos escolares e excluídas nos demais grupos e espaços sociais (ALMEIDA; FERREIRA, 2010).

Não obstante, achados relevantes encontrados, durante a pesquisa sobre as práticas educativas na área da saúde bucal, observaram-se lacunas no que se refere a compreensão das questões que influenciam no estabelecimento das correlações entre as intencionalidades e as intervenções educativas propostas.

Em face dessa percepção, este estudo inclina-se sobre dois pressupostos: o primeiro admite que a depender do modelo explicativo dado ao processo saúde-doença, podem estes contemplar ou não às reais necessidades de saúde da população; e o segundo presume que determinadas estratégias pedagógicas adotadas no desenvolvimento dos processos educativos, podem ou não favorecer à autonomia, e, por sua vez, contribuir em maior ou menor grau para a implicação dos sujeitos às questões referentes aos cuidados da sua saúde.

Somou-se à investigação, a possibilidade de identificar no lócus onde as práticas educativas são desenvolvidas, as circunstâncias socialmente condicionantes, as facilidades e as

² somaram-se 305 títulos, destes 282 em português, 20 em inglês e 03 em espanhol. Grande parte das publicações traziam as ações educativas realizadas por outras categorias profissionais da área de enfermagem, não havendo, portanto, nenhuma relação com o objeto de recorte do estudo. Para a seleção dos artigos de interesse da pesquisa foi elaborada uma matriz de revisão de literatura que buscou classificar pelo critérios de referência (autor e ano), o tipo (artigo, revisão de literatura), objetivo, metodologia, resultados, conclusão e a relação com o projeto. Desse modo, foram excluídas as publicações que não versavam sobre educação em saúde bucal, restando 20 publicações relacionadas com o objeto de estudo.

dificuldades, que influenciam o fazer educativo dos profissionais de saúde bucal situado na atenção primária do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF) do município de Salvador/Bahia.

A delimitação do estudo pelo DSSF, objeto da análise, deve-se ao fato deste apresentar-se como espaço social de grande complexidade, de modo que são percebidas características peculiares, tanto de subúrbio quanto de periferia. Sua realidade sociodemográfica, educacional e de saúde está marcada por necessidades presentes nos locais, nos quais são observados espaços limitados, casas construídas de forma precária, deficiência de transportes, no saneamento básico, na educação, das necessidades de serviços de saúde, entre outros (PINTO; SOUZA, 2019).

Diante do exposto, esta pesquisa pretendeu caracterizar as práticas educativas em saúde bucal desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde do DSSF, de modo a contribuir na produção de conhecimento, com vistas a reconhecer especificamente, aspectos relacionados as estratégias pedagógicas e temáticas em saúde utilizadas pelas ESB, buscando compreender se tais práticas tem possibilitado ou dificultado situações de aprendizagens para que o indivíduo e as coletividades desenvolvam consciência sanitária e, dessa forma, participem ativamente sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Nessa investigação, perante esse cenário, cabe questionar como as práticas educativas em saúde bucal tem sido desenvolvidas pelos profissionais de saúde que compõem a ESB, do referido distrito, de forma a apontar as lógicas que as orientam, destacando se estas estão em conformidade para o atendimento as reais necessidades de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da saúde bucal da população.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Caracterizar as práticas educativas em saúde bucal desenvolvidas pelas ESB no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário do município de Salvador-Bahia.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Traçar o perfil socioeducacional e ocupacional dos profissionais da ESB;

2.2.2 Apontar os principais temas de saúde abordados nas práticas educativas;

2.2.3 Identificar as estratégias pedagógicas adotadas pela ESB;

2.2.4 Identificar facilidades e dificuldades no desenvolvimento das práticas educativas em saúde bucal.

3 METODOLOGIA

3.1 Aspectos teóricos e conceituais

3.1.1 A educação em saúde: expressão do cuidado na Equipe de Saúde Bucal

O Ministério da Saúde (MS) conceitua educação em saúde como sendo:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012b, p.19).

Na definição do Ministério da Saúde, verifica-se que o trabalho educativo em saúde deve ser voltado para a população ressaltando que este é um processo que exige um trabalho coletivo, fruto de uma articulação entre a atenção e a gestão do cuidado em saúde, que demandam por momentos de planejamento e organização de um conjunto de práticas educativas que respondam as necessidades de saúde e promovam o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas de cuidado a saúde pelos seus próprios meios.

Igualmente, no campo da Saúde Coletiva (SC), a educação em saúde convoca a prática educativa, a trabalhar na perspectiva do compromisso social e político dos indivíduos na coisa pública, apresentando-se com potencial de aumentar a conscientização sanitária da população e contribuir para a compreensão dos fatores de riscos e da determinação social do processo saúde-doença, bem como estimular sua participação ativa e envolvimento nas questões referentes à saúde, buscando assim transformar sua própria realidade (BRASIL, 2002a).

Para entender melhor a prática educativa desenvolvida pela ESB, parte integrante do processo de trabalho, de modo a expressar o cuidado em saúde, torna-se necessário compreender os motivos que levaram a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, pelo Ministério da Saúde no Brasil, a ponto de considerá-lo como estratégia de consolidação da atenção primária à saúde no SUS (BRASIL, 2008). O PSF, atualmente denominado ESF, foi criado com vistas a superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico na Atenção Básica em Saúde (ABS), por meio da reestruturação dos serviços e reorientação das práticas em saúde, consoantes com os princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 2008).

Paim (2003), afirma que o modelo de atenção em saúde expressa o sentido que opera o cuidado, decorrente da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os usuários. Para o autor existiriam tantos modelos assistenciais quanto forem as combinações das concepções e meios tecnológicos prestadas à população. O referido autor define modelos de atenção em saúde ou modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde como sendo:

uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de “lógica” que orienta a ação [...]. Apresentam-se nas formas de organização das relações entre sujeitos – profissionais de saúde e usuários que empregam tecnologias materiais (métodos e instrumentos) e não materiais (conhecimentos) no processo de trabalho como forma de operar o cuidado intervindo sobre os problemas de saúde (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde definidas historicamente (PAIM, 2003, p. 567- 568).

No Brasil, para o enfrentamento de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico da população, configuraram-se modelos de atenção em saúde, antagônicos e dicotômicos. De um lado, o modelo biomédico assistencial privatista, o mais predominante e prestigiado, voltado para responder a demanda espontânea e de cunho curativista (PAIM, 2003). E do outro, entendido como complementar, encontra-se o modelo sanitarista, com enfoque aos modos de transmissão e fatores de riscos, realizados por meio de campanhas pelos sanitaristas. Entretanto, ambos apresentam limitação e baixa resolutividade para responder a complexidade dos problemas de saúde da população (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998)

Conforme Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), desde a Constituição Federal de 1988, para que as necessidades da população brasileira fossem contempladas, modelos alternativos de atenção em saúde vem sendo construídos, a exemplo da Vigilância em Saúde, entendida como um conjunto articulado de práticas de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e reabilitação, voltadas para promover a qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades. Por conseguinte, busca fomentar a participação social na produção do cuidado integral por meio da incorporação de tecnologias de comunicação social, ações de educação em saúde e de planejamento e articulações intersetoriais, colaborando para promover o cuidado no âmbito individual e coletivo.

Desta forma, baseada nos preceitos da vigilância em saúde, a ESF foi criada como proposta de substituição ao modelo hegemônico de atenção à saúde. Um trabalho realizado sob a corresponsabilidade de uma equipe multiprofissional junto às famílias cadastradas, adscritas

a um território, com busca de ações de intervenções intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados nas comunidades (BRASIL, 2012c).

No campo da saúde bucal, os modelos assistenciais, igualmente, constituíram a organização dos serviços públicos, reproduzindo a mesma lógica e prática assistencial médica voltada ao paciente com determinada patologia associada. Por outro lado, surgiram outros movimentos ditos como contra-hegemônicos, a exemplo da odontologia sanitária (NARVAI, 1994). Segundo Soares e colaboradores (2016), a odontologia sanitária é a disciplina da saúde pública destinada a realizar ações para a saúde oral das comunidades.

Na década de 50, a principal ferramenta utilizada como referência para atenção à saúde da odontologia sanitária foi desenvolvida por meio do Sistema Incremental pela Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Tratava-se de um modelo marcado pelo atendimento clínico, essencialmente curativo, que privilegiou grupos populacionais restritos, como os escolares até 14 anos, com ênfase para as doenças cárie e periodontal. O restante da população ficava excluído e dependente dos serviços e procedimentos odontológicos meramente curativos e ditos mutiladores (AQUILANTE; ACIOLE, 2013).

Outros modelos como a Odontologia Simplificada e Odontologia Integral instituído ao final dos anos 1970, enfatizaram a mudança dos espaços de trabalho com ações de promoção da saúde bucal e prevenção das doenças bucais, com ênfase coletiva e educacional, abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica (BRASIL, 2008).

A inclusão da ESB, como parte da ESF, somente ocorreu em 28 de dezembro de 2000, após publicação da Portaria Ministerial nº 1444 (BRASIL, 2000). No ano seguinte, a Portaria 267/2001 aprova as normas e diretrizes estruturando o cuidado odontológico previsto em duas modalidades, a tipo I, composta pelo Cirurgião-Dentista (CD) e pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e a tipo II, composta pelo Cirurgião-Dentista (CD), Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) (BRASIL, 2001). Ambas portarias visavam a ampliação do acesso às ações de promoção da saúde, prevenção de riscos das doenças bucais, recuperação da saúde bucal e melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal na população brasileira.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. O programa apresenta um conjunto de diretrizes que visam a qualificação da atenção à saúde bucal, ancorado em um conjunto de pressupostos da PNSB, a saber: (a) utilização da epidemiologia, das informações sobre o território para subsidiar o planejamento, (b) centralização e da atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de

avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2004).

A implantação dessa política buscou a reorganização da atenção da saúde bucal em todos os níveis de atenção no âmbito do SUS, na qual a educação em saúde bucal enquadra-se enquanto prática de promoção da saúde, redução de riscos e danos, intervenção sobre os determinantes, visando a mudança do quadro epidemiológico em saúde bucal no território nacional (BRASIL, 2004).

Em 2008 foi publicado o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 17, como proposta para reorganização das ações e serviços de saúde bucal na APS no SUS. A lógica fundamentava-se no rompimento das formas antigas de trabalhar e lidar com o processo saúde-doença na sociedade, por meio da instrumentalização das equipes de saúde bucal e para concretização dessas mudanças, que implicam ações de planejamento local e reconhecimento do território como espaço de atuação das equipes de saúde bucal e das relações da população da área de abrangência com a unidade de saúde (BRASIL, 2008).

O documento aponta os principais cuidados em saúde e os conteúdos a serem abordados durante a realização das ações educativas coletivas:

(1) as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; (2) a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; (3) os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; (4) as orientações gerais sobre dieta; (5) a orientação para autoexame da boca; (6) os cuidados imediatos após traumatismo dentário; (7) a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e, (8) a prevenção ao uso de álcool e fumo (BRASIL, 2008, p. 25).

De acordo com a recomendação do caderno de atenção básica, a educação em saúde faz parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde bucal, de modo a fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Conforme o documento, as ações educativas no nível coletivo podem ser feitas com os seguintes enfoques: população, grupos e espaços sociais, grupos operativos na unidade de saúde, famílias e indivíduos (BRASIL, 2008).

Atrelado a isto, o planejamento das ações educativas deve ser feito em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida, condição de vida e por fatores de risco comuns para várias doenças. Inclusive, os profissionais auxiliares representam pessoas ideais para conduzir o trabalho nos grupos, a exemplo do ACS, que tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a ESB orientar o seu trabalho (BRASIL, 2008).

Salienta-se, no documento, a relevância da revisão das práticas pedagógicas, especialmente, na abordagem para educação para adultos e jovens que, necessariamente, difere da educação para crianças. Desse modo, os profissionais devem empregar metodologias adequadas a cada situação e cada grupo etário (BRASIL, 2008).

Dentre outros aspectos importantes a serem observados na educação em saúde bucal, estão: o respeito à individualidade; a contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança; o respeito à cultura local; o respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção da prática; a ética; a autopercepção de saúde bucal, a reflexão sanitária (BRASIL, 2008).

3.1.2 O processo de trabalho em saúde dos educadores da saúde bucal

A Portaria nº 267, de 06 de março de 2001 instituiu normas e diretrizes de inclusão das ações de saúde bucal na ESF, com vistas a organização das ações em saúde, conforme princípios e diretrizes do SUS, visando a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2001).

Este documento, descreve e explicita, dentre outros aspectos, a composição e as atribuições dos profissionais de saúde que estarão a frente dessa nova estruturação do cuidado em saúde bucal composta pelo Cirurgião-Dentista (CD), Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2001).

Nessa nova conformação do trabalho em saúde, no cuidado a ser desenvolvido pela ESB, fez emergir desafios contemporâneos, no qual pretende-se reorganizar ações e intervenções em prol do atendimento das necessidades de saúde bucal dos usuários do sistema de saúde, na medida em que, torna-se necessário a inclusão de novas tarefas, para além dos procedimentos curativos realizados no consultório odontológico das unidades básicas de saúde.

Espera-se uma atuação ativa sobre o espaço social, local onde vive a população, com vistas a operar intervenções que visem a transformação da realidade das comunidades, sendo necessário romper com as antigas formas de trabalhar (BRASIL, 2008).

Com o intuito de abranger essas novas práticas de cuidados a saúde e intencionalidades outras, faz-se importante conceituar o processo de trabalho em saúde baseado na visão de Mendes-Gonçalves (2017). Para o autor, trabalho em saúde trata-se de um processo para transformação do objeto do trabalho (necessidades de saúde), mediada pelos agentes do processo de trabalho que empregam instrumentos materiais e não materiais com vistas a alcançar um resultado de uma dada finalidade. Salienta-se, contudo, que no processo de trabalho

em saúde, problemas e necessidades de saúde são definidas historicamente e, por isso, podem incorrer variadas possibilidades de combinações de intervenções, a depender do recorte dado ao objeto do trabalho e das relações constituídas, orientados por projetos da sociedade (MENDES-GONÇALVES, 2017).

Peduzzi e Schraiber (2008) nos seus estudos sobre processo de trabalho em saúde referenciam Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) no qual o mesmo, analisa a presença de instrumento material e não material, atribuindo ao primeiro, os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, entre outros. E ao segundo, os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais.

No ato de cuidar de indivíduos e das coletividades, seja por um ou por uma equipe de profissionais da saúde são utilizadas tecnologias de saúde. De acordo com Schraiber, Mota e Novaes (2008, p. 382), “as tecnologias de saúde são compreendidas como um conjunto de ferramentas, entre elas, ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora de natureza”. Os autores buscaram desconstruir a visão reducionista do termo tecnologia que, no campo da saúde, geralmente, encontra-se relacionado aos equipamentos e ferramentas materiais de saúde, para reconstruir a ideia que na operacionalização dos mesmos faz-se necessária ações e conhecimentos, para além dos equipamentos.

Além disso, na atenção básica em saúde, espera-se que o processo de trabalho em saúde esteja configurado, a partir da atuação da equipe multiprofissional, de forma colaborativa e complementar dos saberes e práticas de cada profissional. Segundo Peduzzi (2008) trata-se de uma:

modalidade de trabalho coletivo construído por meio da relação recíproca, isto é, de mão dupla, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação de profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (PEDUZZI, 2008, p.275).

O novo trabalho em saúde, exige ação de integração e construção coletiva desses profissionais na condução de práticas em saúde, que não se restrinjam aos danos e riscos, e sim, incidam ações sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, mobilizando saberes e práticas condizentes, que envolvam as comunidades para serem atuantes nesse processo, de acordo com o modelo da Vigilância em Saúde. Para Peduzzi (2008) deverão ser promovidas alterações nos processos de trabalho, com base na ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e introdução de novos instrumentos e tecnologias.

As ações coletivas em saúde bucal são conceituadas como um conjunto de procedimentos de promoção da saúde bucal e prevenção de agravos bucais, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados (BRASIL, 2018).

O termo prevenção de doença será aqui tratada como um conjunto de medidas para prevenir a ocorrência das enfermidades, reduzir os fatores de riscos, interromper o seu progresso e minimizar as consequências quando estabelecidas. Enquanto, o termo promoção da saúde será compreendida como estratégia para o desenvolvimento da saúde, com capacidade de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas por meio da aceitação da responsabilidade social que os indivíduos têm sobre sua própria saúde e do controle que exercem sobre a mesma (BRASIL, 2013).

Diante desse processo social e político, no que se refere as ações pertinentes de promoção da saúde, destaca-se, a capacitação voltada à comunidade, no que tange o desenvolvimento de habilidades e capacidades para o enfrentamento das questões sociais que afetam sua saúde, buscando assim, que a própria população atue sobre a transformação e a melhoria da condição de vida, e conseqüentemente na sua condição de saúde, possibilitando mudanças de ordem social, ambiental e econômica, assim como sua repercussão no contexto individual e global (BRASIL, 2013).

As ações de promoção em saúde preveem, práticas educativas em saúde junto a comunidade, desenvolvidas nos diversos espaços sociais, para além dos muros das unidades de saúde, a exemplo das instituições religiosas como as igrejas, terreiro de candomblé, escolas, creches comunitárias, associação de moradores, asilos de idosos, domicílios para os acamados e familiares, além de outros equipamentos sociais presentes no território (BRASIL, 2008).

No ano de 2007, outras iniciativas foram implementadas corroborando com as ações educativas na área da Saúde Coletiva, ao ser instituído por meio do decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro, o Programa Saúde na Escola (PSE). Uma política intersetorial entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção das doenças bucais, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012c).

O PSE, conforme descrito no art. 3º, constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica. As atividades de educação e saúde do PSE devem ocorrer nos territórios definidos segundo a área de abrangência da ESF (BRASIL, 2007).

Para sua atuação, o PSE foi constituído em cinco (05) componentes:

I) Avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; II) Promoção da saúde e de atividades de prevenção; III) Educação Permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; IV) Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes e V) Monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2007).

A ação no campo da saúde bucal integra o componente I do PSE que se configura no diagnóstico das condições da saúde bucal junto aos alunos matriculados nas escolas participantes do Programa a ser realizado pela ESB (cirurgião-dentista, ASB ou TSB) para os quais serão desenvolvidas atividades de prevenção e controle dos agravos de saúde bucal identificados.

São 12 as ações preconizadas pelo PSE, cuja realização deve ser planejada em conjunto pelas equipes da unidade de saúde e da escola, sendo a VII - Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor, exclusivamente relacionada a saúde bucal.

Ao considerar a educação em saúde como uma condição e prática necessária de promoção da saúde, atribuída a ESB, de modo que a mesma possa contribuir para produção de novos sentidos, caberá aos profissionais de saúde bucal refletir sobre a maneira como têm sido compartilhado os conhecimentos e se questionarem sobre quais saberes pedagógicos e temáticas são necessários na condução do processo educativo.

3.1.3 Perfil dos agentes da prática educativa em saúde bucal

No trabalho em saúde, constata-se a permanência de problemas relacionados às práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, devido aos perfis apresentados pelos profissionais de saúde (MENDES-GONÇALVES, 2017), em razão do descompasso da formação desses profissionais e as necessidades dos usuários do SUS (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Bottazzo e colaboradores (2015) revelam que, na prática, os profissionais de saúde bucal, inequivocamente, conservam-se de forma acrítica, reproduzindo o cuidado sustentado na assistência, utilizando técnicas e conhecimentos advindos da formação profissional, sustentadas nos parâmetros da odontologia de consultório privado, de forma isolada do conjunto das práticas do setor público, não superando assim o modelo de manutenção da realidade. Além disso, deve-se reconhecer a formação dos profissionais da área da saúde bucal, historicamente vinculada aos saberes e práticas centrados na medicina clínica (SOARES, 2019).

Para Paim (1994), a reorientação da formação dos profissionais de saúde, agentes da prática, enfrenta a matriz curricular que contempla saberes e práticas advindos do modelo educativo flexneriano, que atende bem a ideologia dominante de acumulação do capital do complexo médico-industrial, por meio da instrumentalização pela clínica e aquisição de equipamentos que aqueçam o mercado financeiro. Embora amplamente contestado, continua de forma dominante, perpetuando o cuidado centrado no tratamento na doença e no doente.

No âmbito dessa discussão para mudanças na formação dos profissionais de saúde, torna-se imperativo circunscrever a contribuição do conceito de determinação social no processo saúde-doença por Donnangelo (1976), que afirma, em estudo sobre análise das relações entre a medicina e a estrutura da sociedade, que toda prática médica é uma prática social inserida e engendrada a um conjunto de relações que são determinadas por questões econômicas, políticas e ideológicas.

Paim (1994) aponta que, trabalhar na atualidade o tema recursos humanos em saúde no contexto da organização social dos serviços, trata-se de uma tarefa coletiva que exige capacidade analítica e crítica para apreensão da realidade. Para o autor, transcende a abordagem dos aspectos eminentemente conceituais, teóricos e metodológicos muito utilizados.

Desde a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1986, vem sendo discutidas questões da política de recursos humanos em saúde no Brasil e voltada proposição para a mesma. O evento disparou questões importantes e favoreceu a articulação das instituições de ensino e os serviços e entidades representativas da população, que propiciou medidas a serem tomadas no plano da graduação, no intuito de aproximar os alunos com a realidade de saúde (PAIM, 1994).

Rangel (2009) revela, no seu estudo analítico das abordagens sobre educação e saúde voltado para a formação dos profissionais de saúde, três dimensões que perpassam pelas intenções do ato educativo: relação humana, política e didática. Um destaque dessa pesquisa, volta-se para a finalidade do conhecimento que se ensina e se produz designada a prática profissional humanizante, na perspectiva de sua aplicação social para a qualidade de vida.

Pensando ainda na graduação, com relação as proposições da conferência, para além da inserção de novos conhecimentos, torna-se fundamental repensar as propostas pedagógicas que leve a contextualização dos conteúdos ao concreto e situações da realidade com intenções da transformação, introdução, normatização de estágios curriculares, dentre outros, em conformidade com os princípios do SUS (PAIM, 1994).

Diante dos indícios relatados, que questionam a necessidade de ajuste na formação, foram instituídas mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), pela Resolução

CNE/CES, nº 3, de 19 de fevereiro de 2002, para adequação do curso de Odontologia, no intuito de formar profissionais para atuarem perante a complexidade e a diversidade exigidas no campo da saúde (MATTOS, 2008), pautado numa formação humanista, crítica e reflexiva, de acordo às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2002b).

No que tange à formação de nível técnico, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reformula as atribuições e o perfil de competências do ASB e TSB a partir da Lei 11.889/2008.

Em ambas categorias profissionais apontadas acima, estão previstas a realização de ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção de doenças, referentes à saúde bucal, inclusive, com articulação com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar (BRASIL, 2012c).

A necessidade crescente de inserir práticas educativas na formação dos profissionais de saúde, de modo a compor a organização curricular em muitas instituições de ensino (universidades e escolas técnicas), além de firmá-las enquanto prática de saúde, confere a prática educativa, uma posição integrante ao conjunto das práticas sociais, com vistas a transformação da realidade (MENDES-GONÇALVES, 2017).

Ademais, os profissionais de saúde refletem o saber científico advindos da formação Scherer (2005). Nesse caso, muitas vezes é impossível dissociar a maneira pela qual são formados e o modo como atuam na saúde. Assim, importa reconhecer que durante a formação acadêmica, determinados conteúdos são mais valorados, e outros deixados em segundo plano, o que aponta para a necessidade permanente de desenvolver processos educativos voltados a estes profissionais (BRASIL, 2008).

Para a efetivação das ações e práticas que são desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica, torna-se imprescindível pensar numa sólida política de educação permanente, capaz de produzir habilidades e competências entre os profissionais, que os permitam compreender e atuar no SUS, com competência técnica, espírito crítico e compromisso político (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), publicada na portaria nº 1996, surge como proposta para compensar essa lacuna na graduação, propondo a mudança da lógica de formação em saúde, cuja limitação da contextualização da prática do sujeito com a realidade compromete o alcance do que preconiza os princípios do SUS (CECCIM, 2004).

Para Ceccim (2004), o processo educativo a ser incorporado no setor saúde seria um compromisso ético-político para mudanças institucionais e dos serviços pelos processos

educativos voltados aos trabalhadores da saúde, efetivada como caminho para reorientação das práticas de saúde que não atendam às necessidades locais regionais.

Os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Não se trata apenas na realização de processos de formação e ou capacitações voltadas para adequações de processos de trabalho em saúde, diante das possíveis necessidades do trabalho, mas sim, que possam configurar processos educativos que constituíam sujeitos capazes de enfrentar novos desafios postos pelo processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), propondo uma integração crítica entre ensino e trabalho, em prol de inéditas concepções e práticas na rede de serviços (PAIM, 2017).

3.1.4 Enfoques dos modelos de educação em saúde: um breve histórico

Para Morosini, Fonseca e Pereira (2009, p.1), a educação em saúde encontra-se imersa a” um campo de disputas de projetos sociais e visões de mundo que se atualizam na forma de conceber e organizar os discursos e práticas relativas à saúde”. Nessa condição, as autoras revelam que a educação em saúde estaria atravessada por diversas questões e reflete aos múltiplos interesses sociais, não se apresentando numa posição de neutralidade.

É importante salientar que os modelos de educação em saúde muitas vezes visam atender aos interesses políticos e econômicos.

No plano histórico, a sucessão de modelos de educação aplicados à área da saúde pública não significa uma sequência evolutiva; antes, é uma descrição da prática dominante em certos períodos em relação aos problemas de saúde destacados para intervenção, visando à manutenção da hegemonia da classe dominante. Desta forma, verifica-se que as atividades desenvolvidas eram e ainda são orientadas pelas concepções de saúde e de educação em saúde vigentes em cada período histórico e pelos modelos de atenção implantados nos serviços, na busca da manutenção da saúde da mão de obra trabalhadora para fins capitalistas (SILVA et al., 2010).

Melo (2007) revela ser imprescindível contextualizá-la historicamente, assim como reconhecer que as diferentes concepções de saúde e de doença imprimem formas variadas de práticas educativas no campo da saúde, revelando ser o processo de constituição das práticas educativas em saúde um fenômeno histórico-social.

Stotz (1993) afirma que diferentes enfoques são dados pelos modelos de educação em saúde. Esses enfoques representam formas de organização da prática educativa para lidar com os problemas de saúde da população. Nessa perspectiva, a prática educativa pode ser definida como o conjunto das ações socialmente planejadas, organizadas e operacionalizadas em espaços variados, destinados a criar oportunidades de ensino e aprendizagem (MARQUES; CARVALHO, 2016).

Moreno, Garcia e Campos, (2000) classificam em três gerações os modelos de educação em saúde, buscando caracterizar e contextualizar as práticas educativas. A primeira é considerada basicamente informativa e sustentava suas ações na divulgação de informes como forma de combate às doenças, a segunda relaciona-se ao comportamental e a última, diz respeito ao caráter integral (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

A despeito da primeira geração, desde o seu surgimento, em 1909, nos Estados Unidos da América (EUA), suas propostas apoiavam-se nas práticas de prevenção das doenças e seus pressupostos foram norteados pelo seguinte entendimento: a) os problemas de saúde eram de responsabilidade do indivíduo a serem prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; b) os problemas de saúde seriam resultados da falta de informação e c) a educação era concebida como forma de transmissão de conteúdos neutros e desatrelados da base social (ALVES; AERTS, 2007).

Acrescenta-se que as práticas educativas em saúde eram realizadas apenas em contextos formais (o hospital, o centro de saúde e a escola) e desenvolvidas pelos profissionais de saúde, que assumiam o papel de detentores do saber técnico – científico orientado para prevenção ou tratamento da doença. Essas práticas educativas eram influenciadas pela pedagogia tradicional da transmissão que centra no educador a responsabilidade da transferência verticalizada da informação, de forma prescritiva e expositiva, à espera de um comportamento passivo e de assimilação (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

O desenvolvimento dessa matriz pedagógica, ancora-se no período em que a causalidade das doenças foi exclusivamente atribuída aos agentes microbianos externos para os quais as práticas de saúde e de educação concentraram esforços na aniquilação dos mesmos, sem levar em consideração as condições de vida da população. Nessa época, a saúde era entendida como ausência de doença, devendo ser amplamente combatida por meio da transferência da informação.

Como expressão dessa corrente, no Brasil, surge a modalidade de educação em saúde, chamada de Educação Sanitária, que perdurou do século XIX até meados do Século XX, com práticas educativas voltadas para atender a necessidade do Estado brasileiro (REIS, 2006).

A prática de educação sanitária foi institucionalizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e passou a ser considerada como um dos elementos essenciais da atenção básica para a saúde das comunidades (REIS, 2006).

O enfoque das práticas educativas nesse modelo era dado sobre as enfermidades, visando controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis que ameaçavam a economia do país. Inúmeras vezes, o controle das doenças infecciosas e parasitárias foi maciçamente realizado por meio de serviços e programas de saúde pública, e que teve a frente o sanitarista Oswaldo Cruz na condução do modelo de campanhas sanitárias (REIS, 2006).

Esse modelo de educação sanitária proposto, conforme Feio e Oliveira (2015) “um trabalho feito *sobre* as pessoas e não *com* as pessoas”. Desconsidera a subjetividade, a cultura, a crença, os saberes prévios, ignora a capacidade do indivíduo de pensar e compreender a informação compartilhada, não permitindo desenvolver habilidades, criticidade e autonomia na busca de soluções sobre as questões que envolvem a saúde do indivíduo e da coletividade, uma vez que as dimensões concretas da realidade não eram discutidas e nem consideradas.

As propostas educativas em saúde dessa geração organizavam suas práticas, de cunho higienista, centrada no combate e a prevenção das doenças, diante da emergência e da avalanche de doenças parasitárias e infecciosas que acometiam a população brasileira naquele cenário. Práticas educativas eram consideradas pelo Estado, estratégias, perante a ameaça sobre a estabilidade econômica, entretanto sem considerar a determinação social do processo saúde-doença que explicaria o aparecimento de muitas destas enfermidades (REIS, 2006).

Não bastasse a conduta higienista dirigida para a população, julgada como responsável pelo seu próprio adoecimento, as práticas educativas eram realizadas por meio da pedagogia da transmissão de informações, considerando os sujeitos da sua ação desprovidos de conhecimentos (LIBANEO, 1993). Esse pensamento que tem sua concepção baseada no empirismo³ que traz o indivíduo receptor das informações e práticas onde o mesmo deve apenas armazená-las e reproduzi-las, sem questionar o que está sendo apresentado.

Conforme Stotz (1993), majoritariamente, as práticas educativas em saúde estão subsidiadas pela área do saber técnico dos educadores, profissionais e técnicos, que transmitem conhecimentos e técnicas, visando o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de

³ É uma teoria de aprendizagem que tem como princípio fundamental considerar que o ser humano, ao nascer, é como uma "tábula rasa" e tudo deve se aprender, desde as capacidades sensoriais mais elementares aos comportamentos adaptativos mais complexos (SILVA, 1998).

doenças pelas pessoas. O autor revela, portanto, a existência de condutas normativas que se baseia na reprodução e na prescrição dos conhecimentos científicos apreendidos na fase da formação pelos profissionais de saúde.

Na segunda geração, a educação em saúde apresenta foco comportamental. Reconhece-se a informação, mas esta não é colocada na centralidade. Espera-se a adaptação do indivíduo ao meio em que vive, por meio da adoção dos comportamentos saudáveis (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

O modelo educacional em questão é supostamente influenciada pela Pedagogia Tecnicista, também chamada de Pedagogia do Condicionamento, inspirada nas ideias dos principais behavioristas, os psicólogos americanos John Watson e Burrhus Frederick Skinner, que no início do século XX buscaram explicar o comportamento humano de maneira científica. O primeiro foi o fundador do behaviorismo metodológico (1913) que defende o comportamento aprendido pelo estímulo externo – resposta (comportamento reflexo). Para ele, o homem seria um ser manipulável, cabendo a educação produzir um comportamento previsível (BRASIL, 2007). E o segundo foi o criador do Behaviorismo radical (1945) que estudou o comportamento operante.

Moreno, Garcia e Campos (2000), apontam que esse modelo de educação em saúde apresenta uma abordagem preventiva, individual e adaptativa, que utiliza uma comunicação do tipo persuasivo e assume uma postura de criar a culpabilidade na vítima.

A distinção desse modelo de educação em saúde para o modelo anterior é que no lugar da transferência da informação, o que se transfere são os comportamentos esperados. Entretanto, sem que os sujeitos reconheçam as razões do seu processo de adoecimento. O meio social e sua determinação para o aparecimento dos problemas de saúde não são considerados e nem para ele são propostas mudanças. O que se quer mesmo é a adaptação do indivíduo a este cenário.

A terceira geração de foco integral (SANTOS, 2000), influenciada pelas correntes humanistas, pela psicologia de grupo e pelo modelo dialógico de Paulo Freire, pretende preencher as lacunas apresentadas pelos modelos das gerações anteriores, superando uma visão individual e exclusivamente biológica da saúde (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

As correntes humanistas influenciaram a psicologia humanista assim como a educação. O humanismo toma o homem como foco de qualquer ação filosófica, assim como proposto no trabalho de Carl Rogers, psicólogo e fundador da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), na qual o homem é considerado um ser não determinado, capaz de autorrealizar-se e autoatualizar-

se, cabendo ao mesmo fazer suas escolhas, destacando a experiência vivida pelos mesmos como fator para o seu crescimento (BEZERRA; BEZERRA, 2012d).

Nesse sentido, Freire propunha uma educação problematizadora e libertadora na qual a realidade deve ser o ponto de partida e geradora dos temas estudados. A realidade então, não deve ser narrada como algo estático ou alheio a experiência das pessoas, uma vez que os conteúdos não são petrificados, quase mortos, onde o educador – implica num sujeito – narrador e em objetos pacientes – os ouvintes (FREIRE, 1987).

Freire (1997), atribuía a dialogicidade a essência da educação como prática para a libertação e emancipação humana. Para ele o diálogo permitiria o encontro dos homens mediatizados pelo mundo a ser pronunciado e não oprimido (FREIRE, 1987). Desse modo, desvanecendo-se, o caráter paternalista e hierarquizado das abordagens tipo *top-down*⁴. O educador deixa de ser um transmissor de informação e passa a ser considerado um mediador da construção do conhecimento (SILVA et al., 2010).

Nessa linha de pensamento, o educador Paulo Freire⁵, ao tecer críticas a pedagogia tradicional, que qualificou como educação “bancária”, argumentava que no lugar do educador comunicar-se, ele fazia comunicados aos educandos, por meio de depósitos de conhecimento para aqueles que os educadores julgavam nada saber, deixando-os numa eterna alienação, ignorância e incapacidade de pensar, resultado da descontextualização dos conteúdos com a realidade vivida (FREIRE, 1987).

Nesse modelo de educação em saúde, propõe-se trabalhar a relação que existe entre o meio e o indivíduo. Assim, longe de se centrar na transmissão da informação ou nas tomadas de decisão comportamentais, esse tipo de educação para a saúde procura motivar e capacitar os indivíduos para empreender ações que melhorem a sua saúde (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Gadotti (2000), considera que na atualidade o traço mais peculiar da educação decorre da transferência do enfoque do individual para o social, para o político e o ideológico. Apontando um processo de mudança na perspectiva de uma sociedade cada vez mais preocupada com questões abrangentes e desalienantes.

Esses modelos educativos em saúde buscam ancorar-se no desenvolvimento social e na transformação da sociedade, com vistas a superação da visão reducionista e ecológica do

⁴ também chamada de abordagem descendente (de cima para baixo), de forma verticalizada.

⁵ Paulo Reglus Neves Freire, nasceu em Recife, no Estado de Pernambuco, em 19 de Setembro de 1921 e faleceu em 02 de Maio de 1997. Publicou obras como a Pedagogia do oprimido. Participou do início do Movimento de Cultura Popular (MCP) onde realizou suas primeiras experiências de criação do método de alfabetização em adultos e jovens. Com essas e outras atuações tornou-se conhecido mundialmente.

processo saúde-doença, propondo avançar na discussão das questões sociais relativas à saúde advindas da realidade, na perspectiva da problematização dessas em prol da conscientização sanitária e da participação efetiva da população no processo saúde-doença que se instaura em uma dada realidade.

Mesmo entendendo que o processo de conscientização individual e coletiva não seja garantia para a mudança de comportamento, é preciso identificá-la como uma condição necessária para que ao problematizar a realidade, no qual os indivíduos se percebam inseridos no contexto social, como protagonistas e com potencial de transformação (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006, p.12).

Segundo Alves (2005), o campo de educação em saúde ao longo da história têm sido muito repensado. A autora enfatiza que este vem se distanciando dos modelos higienistas de foco na doença, e se aproximado cada vez mais de propostas dos modelos educativos com maior necessidade de compreensão da determinação social do processo saúde-doença e consequente busca para atender as reais necessidades de saúde da população. Na prática, destacam dois modelos educativos: a educação tradicional e a educação dialógica de Freire, apontando o modelo dialógico o mais adequado para ser utilizado na atenção básica dentro do PSF, com vistas a reorientação do modelo assistencial.

3.1.5 Propostas pedagógicas de ensino-aprendizagem

A pedagogia representa campo teórico de estudos que reúne os fundamentos e os subsídios das ciências aplicadas à educação (RANGEL, 2009). Para a autora, pode-se, então, compreender a pedagogia como campo de estudos da prática educativa. Bordenave (1994), revela que os meios empregados na condução da prática educativa seguem ancorados em uma determinada pedagogia, melhor dizendo, uma dada epistemologia ou teoria do conhecimento, com intuito de promover modificação do comportamento das pessoas.

Bordenave (1994), classifica três pedagogias: pedagogia da transmissão, pedagogia do condicionamento e pedagogia da problematização. O autor afirma que cada opção pedagógica apresenta objetivos e efeitos que exercidos de forma dominante por um período prolongado tem consequências discerníveis sobre o comportamento do indivíduo e da sociedade. Para ele, tais implicações se expressam nas posturas e atitudes que variam da passividade e conformismo, a posturas críticas e emancipadoras. No primeiro aspecto, para a manutenção da realidade e no segundo, na busca para transformá-la.

A sistematização de algumas características dos elementos das três propostas pedagógicas citadas estão descritas abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Características dos elementos das propostas pedagógicas

ELEMENTOS	CARACTERÍSTICAS DOS ELEMENTOS DAS PROPOSTAS PEDAGÓGICAS		
	TRANSMISSÃO	CONDICIONAMENTO	PROBLEMATIZAÇÃO
SUJEITO DA APRENDIZAGEM	Passivo, receptor, página em branco, acrítico, memorizador, adaptativo e armazenador de informações e conhecimentos	Ativo, acrítico, condicionado, reproduzidor, individualista, competitivo, não questionador, emissor de respostas corretas e preestabelecidas	Ativo, observador, crítico, participativo, criativo, ser social, emancipado, detentor de crenças e cultura, construtor.
OBJETO DO CONHECIMENTO	Descontextualizado da realidade, conteúdo imposto e acumulativo	Repetitivo, previsível e incontestável	Contextualizado a realidade e construído
DOCENTE	Transmissor do conhecimento, autoritário, dominador e protagonista do processo	Manipulador, adestrador, repassador e limitador	Mediador, motivador, flexível, instigador democrático, respeitador a visão de mundo e subjetividade
MEIOS/ TECNOLOGIAS	Palestra, aula expositiva, demonstração, audiovisuais, cartazes, folders e álbuns seriados	Demonstração em manequins e álbuns seriados	Diálogo, músicas, rodas de conversas, dramatização, teatro, dinâmicas e jogos

Fonte: Elaboração da autora, 2020.

A pedagogia de transmissão visa preparar os indivíduos para adaptar-se aos valores e as normas vigentes na sociedade. No aspecto cultural esconde da realidade as diferenças de classes e desigualdades de condições. Os conteúdos são oriundos dos conhecimentos e valores sociais acumulados [...] e repassados como verdades absolutas. No relacionamento entre professor e aluno predomina a autoridade do professor que transmite o conteúdo e, ao aluno, cabe, apenas, uma atitude receptiva de armazenar a informação sem questionar e fazer nenhum tipo de comunicação (LIBANEO, 1993). As estratégias didáticas são, essencialmente, a exposição, a demonstração e a memorização mecânica (BRASIL, 2007).

Nota-se que, o modelo de ensino tradicional em saúde, baseado na pedagogia de transmissão, alcança de certo modo o seu propósito que é educar a população para apropriação de temática em saúde, no que diz respeito a transferência de informações, conhecimentos e práticas advindas do saber científico daquele que educa. Mas, irrefutavelmente, esse modelo educativo termina por situar o aluno numa condição de não portador de conhecimentos prévios, passividade e alienado quanto aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Segundo explica Bordenave a pedagogia da transmissão:

parte da premissa de que as ideias e conhecimentos são os pontos mais importantes dessa educação e, como consequência, a experiência fundamental que o aluno deve viver para alcançar seus objetivos é a de receber o que o professor ou o livro lhes oferecem. O aluno é considerado como uma “página em branco” onde ideias e conhecimentos de origem exógena serão imprimidos (BORDENAVE, 1994, p.20).

A pedagogia da transmissão corresponde a uma das concepções de educação em saúde mais utilizada. Realizada de forma expositiva, costuma ser desenvolvida na forma de palestra transferindo conhecimentos do profissional de saúde, na condição de educador, na direção dos usuários do SUS, na condição de educando, para que adotem, medidas sanitárias e comportamentais aceitáveis, sem considerar as situações de riscos de cada comunidade. A qualidade da educação em saúde, geralmente, permanece assentada nos aspectos relativos aos conteúdos e tecnologias de ensino, não questionando os resultados em termos individuais e coletivos, sem estabelecer vinculação dos problemas de saúde de grupos sociais específicos com as condições reais de vida, desenvolvidas aparentemente como um fim em si mesmas (BRASIL, 2007).

De acordo com Berbel (2011), entre os estudiosos de educação da atualidade é recorrente o entendimento que já não bastam a transferência ou a massificação de informações voltadas para os grupos de crianças, jovens e adultos, geralmente colocados numa posição de meros espectadores. Uma prática que tende a retenção e a memorização de comportamento esperado que culmina na condição de reprodução e manutenção da realidade.

Para Gazzinelli, Reis e Marques (2006), os modelos educativos focados na transferência de conhecimentos e práticas apresentam limitação na mudança atitudinal das pessoas. Segundo os autores, as práticas educativas sustentadas na perspectiva conteudista, normativa e cientificista, delongam a revelar a construção de saberes internalizados e que não necessariamente resultam em mudanças de comportamento.

No caso da pedagogia do condicionamento, o mais importante não são as ideias e os conhecimentos. A centralidade dessa pedagogia se dá aos resultados comportamentais esperados (BORDENAVE, 1994). A abordagem do educador se faz por meio de atividades mecânicas rígidas e totalmente programadas. A aprendizagem seria produto das respostas de condutas diante a uma dinâmica de estímulos e recompensas (LUCKESI, 1994).

Nessa pedagogia, o educador estabelece objetivos instrumentais onde são dadas instruções para serem reproduzidas. Nela não são abertos espaços para questionamento e nem críticas sobre o método apresentado. Cabe aquele que está sendo educado apenas a reprodução (BORDENAVE, 1994). Na perspectiva dessa ação educativa, debruçasse uma intenção de formar indivíduos se adaptando a uma determinada realidade e ordem social. O interesse imediato é de produzir indivíduos com habilidade e destreza técnica no âmbito individual.

No campo da saúde bucal são inúmeras as situações de aprendizagens, em que os usuários são colocados numa posição de expectador da demonstração da técnica de escovação dentária realizadas em bonecos ou manequins odontológicos, utilizadas durante as atividades coletivas de escovação supervisionada para a prevenção da cárie e da doença periodontal, para posterior repetição da técnica, assim como são frequentes as recompensas pelo bom desempenho da prática, principalmente nos processos educativos voltados para as crianças.

As duas pedagogias anteriormente citadas centram o processo ensino-aprendizagem na educação bancária, exógena, de transmissão de conhecimentos e de práticas, voltadas para sujeitos colocados numa posição passiva e receptora. E ainda obstaculizam possibilidades de mudanças quando se fecham para a abertura dos saberes populares, das experiências, dos novos olhares, da capacidade de criação e propostas inéditas.

Os processos educativos devem considerar as experiências de vida, um conjunto de crenças e valores e respeitar a subjetividade das pessoas, o que requer soluções sustentadas socioculturalmente (GAZZINELLI; PENHA, 2006). Desse modo, acolher as percepções e visões de mundo dos usuários, trata-se de um importante recurso de conhecimento da realidade das comunidades.

Segundo Gazzinelli e Penha (2006, p.26), os ensinamentos com vistas “as soluções provenientes do exterior muitas vezes são incorporadas pelos “sujeitos” que passam a defender os interesses dominantes, como mais medicalização e convênios de saúde“. Para as autoras, a proposta educativa deve oportunizar o acolhimento de saberes, percepções, valores e representações dos sujeitos, que os possibilitem identificar os determinantes dos problemas de saúde, de modo a contribuir para atuar na melhoria da sua qualidade de vida.

Tomando como basilar um processo educativo que se propõe como premissas, o respeito das opiniões e experiências, oportunidades para a participação e protagonismo da população para mudanças da sua realidade, encontram-se inseridas, as pedagogias ativas também chamadas de metodologias ativas, pois essas compreendem que a aprendizagem se dá por meio da participação ativa dos sujeitos e o conhecimento, um processo que se alcança pelo compartilhamento e construção coletiva.

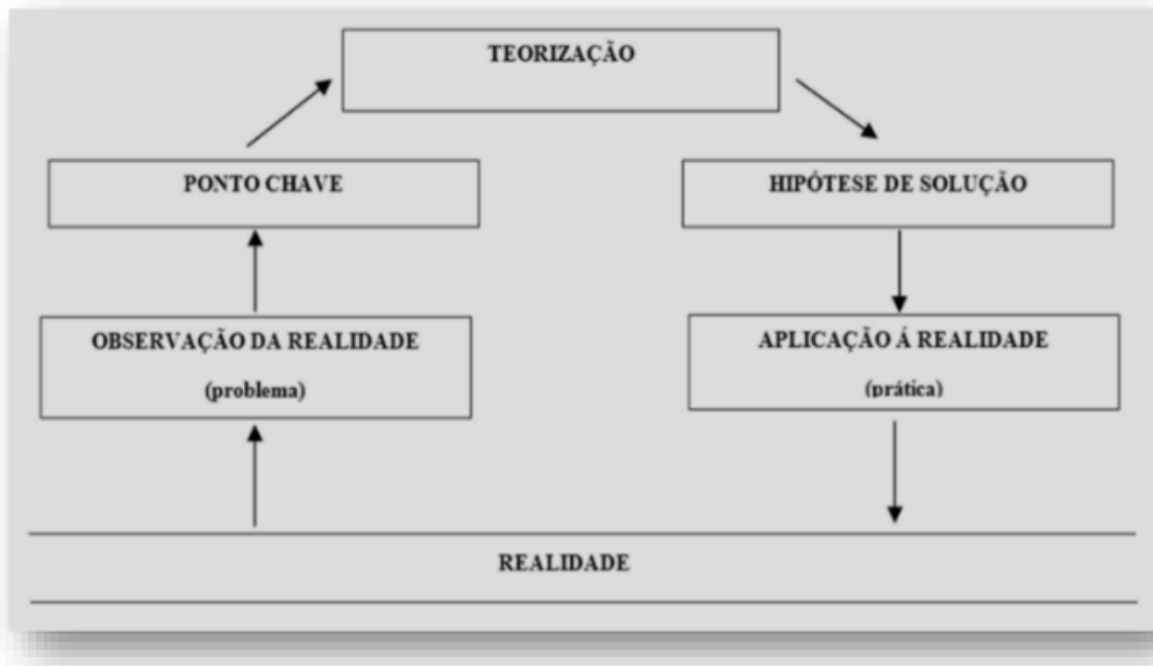
Ao lado disso, espera-se que, a apropriação dos conhecimentos, por parte da população, ocorra por meio de uma aprendizagem significativa⁶, que permita a compreensão das questões que afetam o processo saúde-doença, de modo a produzir sentidos e significados com intuito de promover um maior protagonismo das mesmas nas questões e necessidades de saúde.

Diante disso, pedagogias ativas atuam na direção oposta àquelas que entendem o conhecimento científico como único conhecimento válido, sendo os demais deficientes para apreensão do mundo e da realidade (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

Dentre as pedagogias ativas, a problematização, representada pelo diagrama de Magueréz, (Figura 1) vislumbra o aumento da capacidade do aluno – participante e agente da transformação social (MAGUERÉZ, 2006).

⁶ processo através do qual uma nova informação (um novo conhecimento) se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva (não-literal) à estrutura cognitiva do aprendiz. É no curso da aprendizagem significativa que o significado lógico do material de aprendizagem se transforma em significado psicológico para o sujeito. Para Ausubel (1963), a aprendizagem significativa é o mecanismo humano, por excelência, para adquirir e armazenar a vasta quantidade de ideias e informações representadas em qualquer campo de conhecimento.

Figura 1 – Diagrama Charles Maguerez



Fonte: Maguerez (2006).

Numa análise resumida, o diagrama descreve os cinco momentos do processo ensino-aprendizagem que objetiva promover mudanças de propostas educativas que tendem a não valorizar os conhecimentos prévios dos alunos e da não problematização da realidade da qual fazem parte (BRASIL, 2007). Maguerez (2006) propõe, no primeiro momento, que os alunos observem a realidade, expressando suas percepções e visões de mundo do problema. Em um segundo momento, os alunos são levados a identificar os problemas e variáveis mais determinantes da situação. No terceiro momento, utilizarão os conhecimentos científicos para fundamentar o problema, o quarto momento visa a formulação de hipóteses de solução e o quinto, momento para aplicação das soluções a realidade.

A pedagogia da problematização, diferente da pedagogia da transmissão, permite ao aluno transformar o seu olhar sobre um problema partindo da realidade. A medida que passa pelas fases do processo, ele percorre um caminho de descobertas que o leva a compreender as razões e os porquês da existência do mesmo, tornando-se capaz de tecer críticas a respeito, avançando, aprendendo e superando sua visão amorfa das coisas, ressignificando-as (MAGUEREZ, 2006).

Desse modo, no que tange aos resultados esperados de determinadas práticas pedagógicas que vislumbram a transformação social, discussões e crítica sobre os modelos

educativos tradicionais são geradas pelos limites destes em contribuir para mudanças importantes no nível de saúde bucal na população.

Na direção da transformação social, contando com a participação das comunidades, a Educação Popular em Saúde configura-se como uma aposta de reorganização do trabalho de educação em saúde, a ser incorporada pela ESB, pois trata-se de uma proposta metodológica que preconiza o abandono de verticalização das práticas educativas, de ênfase na transferência de conhecimentos, pela incorporação de outras atividades educativas que valorizem os saberes prévios e experiências das pessoas, em respeito à autonomia do indivíduo, no cuidado de sua própria saúde. Esse modo de ensinar propõe, que as pessoas reflitam sobre as questões da saúde e relacionem os problemas de saúde a seus determinantes sociais (VASCONCELOS, 2004).

Nessa perspectiva, os temas a serem escolhidos devem estar de acordo com a realidade vivenciada pela comunidade, levando-os a mobilização e controle social para o enfrentamento dos problemas de saúde visando uma vida melhor.

3.2 Aspectos técnicos e operacionais

3.2.1 Desenho de estudo

Esta pesquisa trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, com finalidade exploratória, que buscou caracterizar as práticas educativas realizadas pelas equipes de saúde bucal de um distrito sanitário do município de Salvador/BA, por meio da realização de entrevistas e da análise documental.

Minayo (2004, p.11) afirma que a pesquisa qualitativa revela “a subjetividade fundante do sentido, e defende-a como constitutiva do social e inerente do entendimento objetivo”, implicando assim que coexistem diferentes visões e apreensão da sua realidade do mundo por meio das representações e significados dados pelas pessoas.

Nessa perspectiva, a opção pela abordagem qualitativa deu-se por tratar-se de um estudo que permitiu, a partir da percepção dos agentes envolvidos, acolher e valorizar os variados significados e valores socialmente construídos que orientam o saber e o fazer dos profissionais de saúde na condução das práticas educativas em saúde. Além da complementaridade das informações que foram obtidas por meio da análise documental.

A pesquisa exploratória possibilitou maior familiaridade para compreender as questões relevantes que atravessam o desenvolvimento das práticas educativas em saúde bucal, com vistas a torná-las mais explícitas (GIL, 2010).

3.2.2 Lócus do estudo

O estudo ocorreu no município de Salvador, capital do estado da Bahia, que ocupa uma extensão territorial de 693,3 km² (IBGE, 2019). Salvador apresenta uma população estimada de 2.868.949 habitantes (IBGE, 2019). A sua organização político-administrativo compreende 10 regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairro e 12 Distritos Sanitários (DS) que são caracterizados como os territórios da saúde, constituindo-se no centro econômico, político e administrativo do estado da Bahia.

A Prefeitura Bairro é uma unidade representativa, conforme Lei nº 8.376/2012, artigo nº 13, que visa oferecer todos os serviços disponibilizados à população, sem que haja necessidade de deslocamento até a sede de cada órgão ou secretaria, garantindo um diálogo permanente com o cidadão e agilizando, em um prazo reduzido as articulações necessárias para a execução dos referidos serviços, desde a solicitação até a resolução dos problemas (SALVADOR, 2018).

A pesquisa teve como lócus do estudo, o DSSF de Salvador, que apresenta vinculação com a Prefeitura-Bairro II Subúrbio/Ilhas. Possui área de 63,33 km², densidade demográfica de 5.018,93. Faz fronteira com os distritos de São Caetano/Valéria e Itapagipe e agrega 33⁷ bairros e 2 Ilhas, Ilha de Maré e Ilha dos Frades (SALVADOR, 2018).

Os bairros que compõem o distrito, apesar da baixa densidade demográfica, apresentam uma certa homogeneidade quanto ao padrão de vida, mas há diferenças entre eles. Os que se localizam próximos da área central de Salvador como Plataforma e parte do Periperi abrigam populações mais pobres, que recebem uma renda menor, de até 3 salários mínimos, comparados aos bairros que estão próximos aos núcleos de Periperi, Coutos e Paripe com renda maior, entre 3 a 11 salários mínimos (PINTO; SOUZA, 2018).

O subúrbio ferroviário cresceu de forma desordenada e sem planejamento, em meio ao dinamismo socioespacial provocados pelo crescimento de Salvador. O resultado desse processo ocasionou uma área marcada pela segregação da elite, junto ao centro, e outra marcada pela segregação da classe operária no subúrbio ferroviário, inclusive em bairros como Paripe e Periperi, além de outras áreas mais pobres de Salvador (FONSECA; SILVA, 2017). Diante da ocupação irregular de áreas livres, o subúrbio transformou-se em local carente, deficiente em

⁷ Parte dos bairros adscritos no DSSF são: Alto da Terezinha, Alto de Coutos, Alto do Cruzeiro, Bariri, Base Naval, Beira Mangue, Coutos, Escada, Fazenda Coutos, Ilha Amarela, Ilha de Bom Jesus dos Passos, Ilha de Maré, Ilha dos Frades, Itacaranha, Lobato, Mirantes de Periperi, Nova Constituinte, Paripe, Periperi, Plataforma, Praia Grande, Rio Sena, São João do Cabrito, São Tomé, Tubarão, Vista Alegre.

infraestrutura urbana, de precariedade nos serviços públicos essenciais, como saneamento, educação, saúde e segurança (SANTANA; VERDE; REIS, 2020).

Carvalho e Pereira (2008), apontam altos índices de analfabetismo no Subúrbio Ferroviário, além disso, os trabalhadores apresentavam apenas o primeiro grau incompleto (78%).

O distrito apresenta uma população predominantemente feminina (52,3%) e a sua distribuição, segundo a faixa etária, apresenta concentração da maioria da sua população na faixa etária de 10 a 49 anos, correspondendo 68,5% do total (SALVADOR, 2018).

A rede pública de cobertura de serviços de saúde do DSSF possui atendimento da Atenção Primária com 26 Unidade de Saúde da Família e 3 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro Especializado Odontológico (CEO) Periperi, 2 Centros de Apoio Psicossocial (CAP), 1 Residência Terapêutica (RT), 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 1 Centro de Hemodiálise (CH), a Casa de Parto Humanizado João Batista Caribé, reinaugurado como Maternidade Maria Conceição dos Santos, Hospital Alayde Costa e Hospital do Subúrbio, Centro Especializado de Reabilitação de Coutos II (CER) e o Multicentro, a ser inaugurado (SALVADOR, 2021).

A representação da caracterização da rede de cobertura dos serviços de saúde está ilustrada na Figura 2.

Figura.2 - Rede de cobertura dos serviços de saúde do DSSSF



]

Fonte: SMS (2021)

O perfil epidemiológico de saúde bucal da população do DSSSF aponta o aumento da incidência de cárie em crianças aos 5 anos de idade e o aumento de cárie e da doença periodontal em adultos e idosos (SALVADOR, 2018).

A escolha pelo DSSSF de Salvador, como lócus da pesquisa, teve o primeiro critério sustentado no quantitativo populacional, que o classifica como o terceiro dentre os 12 distritos sanitários em número de habitantes com aproximadamente 345.387, equivalente a 12% da população do município de Salvador (Quadro 2).

Quadro 2 – População estimada de Salvador por Distrito Sanitário, Salvador-BA/2019.

DISTRITOS SANITÁRIOS	HABITANTES
1. Cabula/ Beiru	413.727
2. Barra/Rio Vermelho	363.407
3. Suburbio Ferroviário	345.387
4. São Caetano/Valéria	276.063
5. Itapoã	268.305
6. Pau da Lima	234.504
7. Brotas	217.984
8. Liberdade	192.389
9. Itapagipe	174.150
10. Cajazeiras	170.515
11. Boca do Rio	135.452
12. Centro Histórico	77.066

Fonte: SMS/DVIS/SUIS/Tabnet. Acesso em 12/02/2020

O segundo critério adotado deve-se ao fato do distrito possuir o maior número de ESB, perfazendo um total de 62 ESB distribuídas em 29 UBS (26 UBS com SF e 03UBS sem SF) que contemplam as 76 ESF (Quadro 3).

E o terceiro critério de escolha deu-se pelo fato desse distrito apresentar o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁸ (Quadro 3), apresentando uma população com maior vulnerabilidade social composta na sua maioria por negros e pobres com baixa escolaridade, vítimas da maior violência urbana (SOARES, 2006).

Quadro 3 – Relação de equipes de atenção primária e IDH do Distrito Sanitário, Salvador-Ba/2019.

DISTRITO SANITÁRIO	Nº UBS	Nº UBS C/ SF	Nº UBS S/ SF	Nº ESF	Nº ESB	Cobertura APS	IDH
Itapagipe	5	3	2	8	-	25,20	0,705
Barra/Rio Vermelho	11	7	4	23	-	31,18	0,773
Liberdade	5	2	3	6	-	31,21	0,706
Brotas	6	3	3	13	-	37,61	0,760
Cabula/Beirú	19	9	10	34	-	37,96	0,730
Boca do Rio	6	4	2	10	-	40,92	0,723
Pau da Lima	17	7	7	26	-	56,63	0,731
Itapuã	14	10	3	39	-	63,26	0,723
Cajazeiras	9	8	1	26	-	58,24	0,634
São Caetano/Valéria	11	14	3	55	-	77,19	0,644
Centro Histórico	7	2	5	4	-	71,17	0,762
Subúrbio Ferroviário	29	26	3	76	62	80,07	0,614
Salvador	140	93	47	316	-	50,82	0,759

Fonte: SMS/DAS/APS, 2020; * IBGE, 2010

⁸ é uma medida resumida do progresso a longo prazo. Foi criado por Mahbub ulHaq com a colaboração do economista indiano Amartya (PNUD, 2020). Passou a ser utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) na década de 90 como forma de medir a qualidade de vida da população analisada por meio de três dimensões: educação, saúde e renda. O IDH apresenta uma escala que varia de 0,0 a 1. IDH acima de 0,8, apresenta IDH alto, 0,5 a 0,79 são considerados IDH mediano e IDH abaixo de 0,49 é considerado IDH baixo.

A definição do critério para escolha das equipes de saúde bucal ocorreu por indicação da gestão distrital, que elegeu as equipes que apresentavam os maiores indicadores de oferta de práticas educativas para a população, na abrangência dos bairros de maior acessibilidade e diante da vulnerabilidade no território (tráfico, violência, assalto), excluindo as equipes de menor quantitativo. Dessa forma, identificou-se uma amostra de 07 ESB, do universo das 62 ESB.

3.2.3 Participantes da pesquisa

A investigação do objeto do estudo realizou-se por meio de uma amostragem equivalente a 07 equipes de saúde bucal. Participaram dessa pesquisa 14 informantes-chaves: 01 odontólogo distrital, 07 cirurgião-dentista e 05 auxiliar em saúde bucal e 01 Agente Comunitária de Saúde (ACS) integrante de uma das USF/ESF.

Os critérios de seleção e escolha levou em consideração a implicação dos informantes-chaves para o estudo por se tratar de pessoas diretamente envolvidas com as práticas educativas em saúde bucal do referido distrito. Conforme Minayo (2004), a amostra ideal é aquela que reflete a totalidade do objeto investigado em suas múltiplas dimensões.

Assim os critérios de seleção utilizados para a escolha dos informantes-chaves foram:

- os envolvidos devem atuar na ESB do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador-BA;
- os profissionais estarem diretamente envolvidos no desenvolvimento do processo educativo em saúde bucal.

É importante destacar que o fato de todas as ESB estarem configuradas na modalidade tipo 1 (CD e ASB), não foi possível no universo da pesquisa, a inclusão do Técnico em Saúde Bucal (TSB).

No total das 62 ESB que compõem o DSSF foram escolhidos informantes-chaves de 06 USF com o seguinte quantitativo: 02 informante-chaves da USF 01 (04ESF:04ESB), 02 informante-chaves da USF 02 (03ESF:03ESB), 02 informante-chaves da USF 03 (03ESF:02ESB), 02 informante-chaves da USF 04 (02ESF:01ESB), 03 informante-chaves da USF 05 (04ESF:04ESB), 02 informante-chaves da USF 06 (02ESF:02ESB).

Ainda que, na proposição inicial, tivessem sido previstas, entrevistas com 07 ASB, no transcorrer do processo, dois auxiliares em saúde bucal, preferiram não fazer parte da pesquisa,

justificando as ausências por motivos pessoais. Dessa maneira, por recomendação do CD, uma dessas vagas foi preenchida por uma Agente Comunitária em Saúde, integrante da mesma ESB, indicada por apresentar um trabalho de destaque, à frente da condução das ações educativas em saúde bucal na comunidade. Enquanto, a outra representação da ESB, manteve-se desfalcada, prevalecendo as informações trazidas, apenas, pelo CD.

3.2.4 Procedimentos e técnicas para produção de dados

A coleta de dados da pesquisa ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2020, num momento marcado por uma pandemia mundial do novo coronavírus, que impulsionou a necessidade de medidas sanitárias preventivas a serem adotadas como forma de evitar a contaminação e mitigar os efeitos sobre a saúde das pessoas. Dentre esses cuidados, destaca-se, a necessidade de respeitar o afastamento físico que impedisse a aglomeração das pessoas, para que assim fosse evitada a propagação da doença chamada COVID-19⁹. Por este motivo, optou-se por uma coleta de dados realizada por meio da entrevista online.

No processo de coleta de dados foram utilizadas duas técnicas: análise documental e a entrevista, retratadas aqui em duas fases. Na primeira fase da coleta dos dados, para a análise documental foram identificados e separados os instrumentos norteadores de gestão de referência da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMS), dentre eles, estão o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). A escolha desses instrumentos justifica-se pelo fato destes virem a comprovar, diante das necessidades de saúde, o respectivo planejamento das atividades educativas realizadas pela ESB do DSSF do município de Salvador.

Os documentos utilizados são oficiais e elaborados pela área técnica de planejamento e gestão da SMS de Salvador e uma vez aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), são publicizados, pois trata-se de documentos de domínio público. O PMS foi obtido por meio do acesso ao site da Secretaria Municipal de Saúde. Quanto ao RAG e a PAS, por não estarem disponíveis nesse espaço, tiveram que ser solicitados à área técnica responsável da própria SMS, sendo prontamente disponibilizados por esta.

⁹ causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2 que afetou a população mundialmente. Uma doença infecciosa que pode ser transmitida de uma pessoa doente para outra ou por contato próximo por meio de: toque do aperto de mão contaminadas; gotículas de saliva; espirro; tosse; catarro; objetos ou superfícies contaminadas, como celulares, mesas, talheres, maçanetas, brinquedos, teclados de computador etc. (BRASIL, 2020).

Cada documento apresenta finalidades específicas. O PMS tem a função central de planejamento para definição de todas as iniciativas no âmbito da saúde para o período de quatro anos. O PMS de Salvador está dividido em dois volumes. O primeiro volume apresenta os compromissos do governo municipal para o setor saúde, constituídos pelos elementos tradicionais de um plano. O segundo volume dedicado aos 12 Distritos Sanitários, busca o reconhecimento dos problemas de saúde e definição das prioridades na formulação e/ou implementação da política de saúde local (SALVADOR, 2018).

A PAS tem por objetivo definir as ações e metas a serem executadas no ano em curso. Por isso, constitui-se na ferramenta que subsidia a elaboração do RAG, que tem como finalidade a prestação de contas das ações priorizadas para cada ano (SALVADOR, 2018).

Foram utilizados 05 (cinco) instrumentos de gestão: o PMS, do período de 2018-2021, duas programações anuais de saúde e os dois relatórios anuais de gestão, todos referentes aos anos de 2018 e 2019 (Quadro 4). Cabe enfatizar que a quantidade de documentos utilizados para a análise, dentro de um período de quatro anos de gestão, justifica-se por serem estes os únicos documentos em exercício até o momento da realização da pesquisa.

Quadro 4 – Relação dos documentos utilizados para análise documental

TIPO	PERÍODO
Plano Municipal de Saúde (PMS) Volume I e Volume II	2018 a 2021
Relatório Anual de Gestão (RAG)	2018
Programação Anual de Saúde (PAS)	2018
Relatório Anual de Gestão (RAG)	2019
Programação Anual de Saúde (PAS)	2019

Fonte: Elaboração da autora, 2020.

Na segunda fase da coleta de dados foram realizadas as 14 entrevistas com os informantes-chaves e foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado, previamente elaborado para o presente estudo (Apêndice A).

Este roteiro semiestruturado foi composto com perguntas norteadoras, elaboradas a partir de categorias, de modo a responder o objetivo geral e específicos da pesquisa, com vistas a caracterização das práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais pertencentes as equipes de saúde bucal. O roteiro foi revisado sistematicamente e submetido a um pré-teste, iniciado com a coordenação distrital, com o intuito de ajustar a estrutura e validá-lo.

As entrevistas foram gravadas e conduzidas pela própria pesquisadora, mediante consentimento livre e esclarecido dos entrevistados. O processo de gravação foi realizado de forma online, utilizando a ferramenta digital (Plataforma Zoom). O uso da plataforma digital autorizada pela gestão da instituição ESPBA foi um facilitador, em razão da parceria entre a SESAB e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O tempo de duração das entrevistas variaram entre 38 minutos a 1 hora e 40 minutos.

Iniciadas as entrevistas surgiram entraves decorrentes de problemas técnicos e capacidade tecnológica dos computadores das unidades de saúde, necessitando, dessa forma, o reagendamento de algumas destas. O local onde determinados entrevistados optaram por fazer as entrevistas não apresentava recursos como câmera e ou microfone. Em alguns casos, a alternativa criada foi orientar aos participantes que o acesso a plataforma poderia ser realizado pelo celular do entrevistado, mas nem sempre essa opção foi possível, por que em alguns casos, os celulares destes não possuíam recursos tecnológicos suficientes para conexão e espaço de armazenamento que permitisse a instalação do aplicativo Zoom, necessário para garantir acessibilidade a plataforma.

Apareceram dificuldades relacionadas a familiaridade de alguns entrevistados para lidar com tais tecnologias digitais, tornando-se imprescindível buscar estratégia de aprendizagem coletiva. Uma delas foi contar com a colaboração dos profissionais de saúde que se encontravam juntos na unidade, dentistas e auxiliares de saúde bucal, para que os que possuíssem mais facilidade no uso das tecnologias auxiliasse na orientação do outro, assim como ceder o celular. Além de ter sido criado momentos anteriores de orientação com passo a passo para o uso das ferramentas digitais. Ressalta-se que parte das entrevistas foram realizadas na unidade de saúde e outras na casa do entrevistado, respeitado a privacidade e escolha da parte envolvida.

3.2.5 Organização e análise dos dados da pesquisa

De acordo com Bardin (1997), o estudo adotou o método de análise e organização conteúdo. Dessa forma, foram organizados os materiais produzidos pelas entrevistas e documentos selecionados para análise documental, estes últimos organizados conforme suas especificidades.

As evidências obtidas durante análise documental foram processadas numa matriz (Apêndice B), para compilação e sistematização das categorias e unidades de análise, de acordo com os objetivos do objeto do estudo. As categorias e as unidades de análise foram definidas

em função dos: problemas de saúde bucal; riscos, danos; determinantes sociais do processo saúde doença; público alvo, local, buscando identificar a partir das necessidades de saúde do distrito quais ações educativas foram desenvolvidas para o seu enfrentamento.

Todas as gravações foram transcritas, na íntegra, pela própria pesquisadora e anexadas numa planilha Word, organizadas de modo a agrupar cada informante-chave na sua referida ESB e conforme cada questão norteadora do roteiro. Em seguida, o material colhido foi lido de forma exaustiva e minuciosa, destacando os principais achados, relacionando a cada pergunta de investigação, os objetivos da pesquisa e as categorias analíticas.

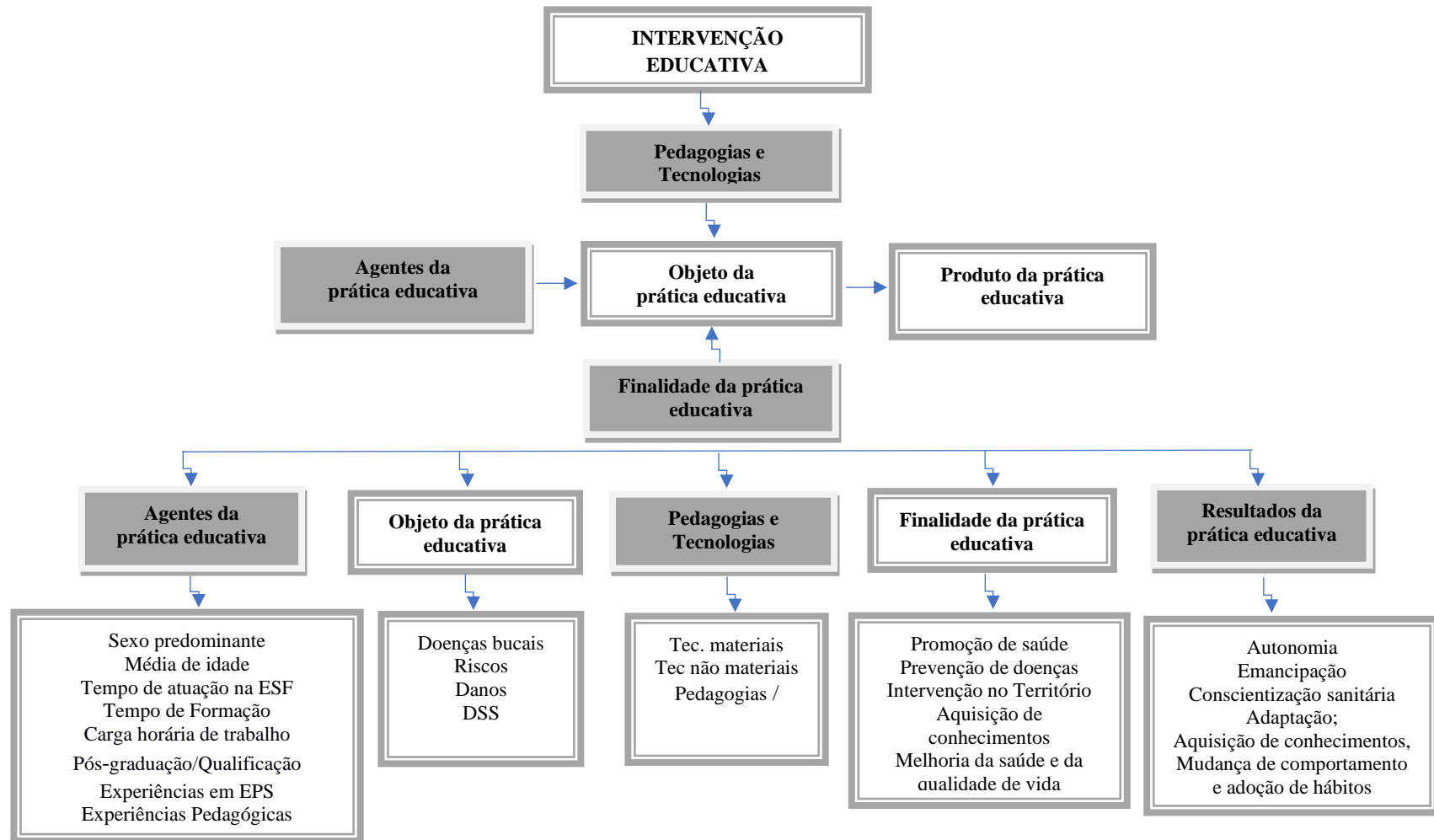
Foram selecionadas as unidades de registro dos dados coletados das entrevistas e documentos quanto as estratégias educativas adotadas, os temas de saúde abordados, agente da prática educativa, temas de saúde abordados, finalidade, estratégias pedagógicas, o público alvo, local, frequência, formas de registros das atividades educativas e avaliação das mesmas, que foram compilados numa matriz de coleta (Apêndice C). Além disso, foram registradas as facilidades e dificuldades identificadas durante a realização das atividades educativas em saúde na matriz de coleta (Apêndice D).

Durante a análise dos dados, seguindo a perspectiva do modelo proposto por Mendes-Gonçalves, para o estudo do processo de trabalho em saúde adaptados às práticas educativas. Considerou-se os seguintes elementos constituintes do processo de trabalho como categorias de análise: agentes da prática educativa, o objeto da prática educativa, pedagogias e tecnologias, finalidade da prática educativa e produto da prática educativa. Todas as dimensões identificadas foram registradas na matriz de análise, de modo sistematizar as práticas educativas em saúde bucal encontradas a luz das concepções do referencial teórico, registradas na matriz de contexto (Apêndice E).

Salienta-se que os resultados da investigação foram organizados acompanhando essas categorias de análise.

A Figura 3. Ilustra o esquema teórico representativo da intervenção educativa da sistematização dos elementos constitutivos das práticas educativas em saúde desenvolvidas pela equipe de saúde bucal.

Figura 3. Esquema teórico representativo da intervenção educativa.



Fonte: Adaptada da teoria do Processo de Trabalho em Saúde de Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994).

3.2.6 Princípios éticos da pesquisa

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, na qual a ética deva ser resguardada em todo processo, e conforme a determinação da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a investigação foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP), do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), A pesquisa também passou pela autorização do município, mediante a assinatura do Termo de Anuência Institucional da própria Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (Anexo A).

Após firmado com a coordenação de saúde bucal e a representante da chefia de ações e serviços, a odontóloga distrital do DSSF, da Secretaria Municipal de Salvador (SMS), foram dadas as devidas orientações para o levantamento e encaminhamento da relação dos profissionais indicados, conforme os critérios de escolha anteriormente estabelecidos para definição das equipes que deveriam compor o grupo de informantes-chaves, incluindo informações como os contatos telefônicos e o endereço eletrônico de todos os envolvidos.

Conforme pactuado com a chefia de ações e serviços do DSSF foram enviados por e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F), para ser impresso e assinado em duas vias pelos informantes-chaves. Inclusive no próprio TCLE estava contemplada a informação, que a gravação da entrevista ocorreria de forma online, respeitando as medidas sanitárias exigida diante do contexto da pandemia COVID 19, sem custos financeiros para nenhuma parte.

Todos os informantes-chaves consentiram na realização das entrevistas e assinaram o TCLE. Salienta-se que a confidencialidade dos dados e informações fornecidas foram resguardadas e garantida o anonimato dos entrevistados, pela denominação de um código para identificação da fala, variando entre: A-E1 a A-E7; B-E1 a B-E7; C-E2 e H-ET. Este projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva -ISC/UFBA por meio do parecer nº 4.312.293.

4 RESULTADOS

4.1 Características das intervenções educativas em saúde bucal

4.1.1 Os agentes das práticas pedagógicas

A análise dos dados contou com a participação de 14 informantes-chaves: 13 técnicos, reconhecidos educadores de saúde que compõem a Equipe de Saúde Bucal: CD, ASB e ACS e 01 representante da gestão do DSSF, a odontóloga distrital (CD).

Na conformação de perfil, com relação ao sexo, observa-se que 71,4% são do sexo feminino e 28,6% são do sexo masculino.

Verifica-se que a idade média dos CDs, perfazem o intervalo de 32 a 60 anos e do grupo de ASB e ACS inserem-se no intervalo de 24 a 64 anos, resultando em uma média de 46 anos.

Constata-se que os informantes-chaves encontram-se no intervalo entre 5 a 20 anos de tempo de inserção na Estratégia Saúde da Família, os CDs apresentam em média 11 anos de atuação e o grupo de ASB e ACS, perfazem um intervalo de 1,5 a 20 anos, tendo em média 7anos de atuação.

“Trabalho nessa unidade já tem 20 anos. Aqui antes era uma UBS, ainda não era USF. Conheço toda problemática da comunidade. Temos um vínculo com a população que é fundamental no processo educativo. Trabalhamos aqui reconhecendo cada grupo com as suas especificidades” (A-E4);

“Atuo no PSF há mais de 20 anos, mas nessa unidade trabalho há apenas 2 anos. Aqui temos uma comunidade com uma vulnerabilidade social relevante onde as intervenções educativas apresentam um papel importante” (A-E5).

No que diz respeito a jornada de trabalho, verifica-se que a totalidade dos entrevistados apresentam carga horária de oito horas diárias, perfazendo um total de quarenta horas semanais para o desenvolvimento das ações em saúde, inclusive, aquelas voltadas para educação em saúde bucal.

“O profissional de saúde que trabalha na ESF deve cumprir uma carga horária integral e realizar, prioritariamente, um conjunto de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Os profissionais de 30 horas geralmente são contratados para a UPA e o CEO, realizando serviços mais especializados, mas para estes não estão descartadas a realização de atividades de cunho educativo” (H-ET).

No que concerne a formação pós-graduada e qualificação profissional dos informantes-chaves entrevistados, evidenciou-se que praticamente todos os CD são especialistas em Saúde Pública ou Saúde Coletiva, com exceção da odontóloga distrital, que não apresentava pós-graduação e ainda acumulava a função de chefia de ações do distrito e uma CD, com formação em enfermagem e especialidade em outra área. Além disso, no que tange a categoria dos profissionais auxiliares, verificou-se que a maioria dos ASB e ACS não fizeram algum tipo de qualificação profissional na área, entretanto, uma ASB e uma ACS são formadas em Serviço Social e a última especializou-se em Gestão de Processos Sociais.

[...] a formação em enfermagem e o convívio com as pessoas e seus familiares, me permitiu realizar uma abordagem mais integral e holística do cuidado em saúde, para além das técnicas **(A-E3)**;

[...] a especialização em saúde coletiva nos permite observar a dimensão social e a importância de trabalhar a saúde de forma ampliada **(A-E1)**.

[...] a prática em saúde requer de alguma forma uma abordagem e um trabalho psicoterapêutico e psicossocial com as pessoas **(A-E4)**.

Foi possível constatar que a maioria dos profissionais entrevistados participavam dos processos de Educação Permanente em Saúde ofertados pelo município, mas grande parte dos temas de saúde, contemplavam processos de qualificação, com ênfase nos aspectos técnico-científicos para os cuidados preventivos e curativos, voltados para as doenças prevalentes e para os grupos prioritários em saúde.

[...] a maior parte das capacitações oferecidas para gente são voltadas para a parte clínica, com enfoque para as doenças e o manejo com a paciente gestante e de alguma parte técnica **(A-E1)**;

“Somos bem servidos pelos processos de qualificação, são abordados temas que vão desde o cuidado para hanseníase, odontologia para gestante até anemia falciforme” **(A-E3)**;

“Já fiz capacitação para muitas temáticas referentes as patologias da área da saúde bucal **(B-E6)**;

[...] fiz um curso de capacitação, na Faculdade de Odontologia, promovido pelo município onde foi abordado o tema da cárie e tudo sobre sua prevenção” **(C-E2)**;

[...] são sempre promovidas qualificações para os trabalhadores, em muitas áreas de conhecimentos, especialmente, voltadas para a biossegurança e anemia falciforme **(H-ET)**.

As evidências do estudo, apontaram que, pequena parte dos entrevistados experienciaram outras metodologias de ensino, diferentes daquelas pelas quais foram educados ao longo dos processos escolares e durante sua formação profissional. Este grupo, considera que as experiências pregressas com as metodologias de Freire e as adquiridas com a prática são relevantes para a qualidade do processo educativo.

“Sim, tive experiências de outras metodologias na residência. A gente usava muito a metodologia de Paulo Freire. Esse leque eu abri lá na residência. Eu sei que os ACS daqui do distrito tiveram um treinamento longo. Uma proposta educativa problematizadora, que produz bons resultados com os alunos das escolas que a gente acompanha” (A-E2);

“Durante a residência, em outro estado, conheci outras práticas mais dialogadas que me fizeram repensar sobre aquela ideia que fazia de educação em saúde, onde apenas eu falava e o pessoal ficava como ouvinte do meu conhecimento. Eu via que aquilo não trazia empatia da parte deles. Não tinha uma adesão. Quando você passa a ouvir o que o outro traz e tenta trocar é mais fácil para chegar ao entendimento” (A-E1);

[...] experiências de educação comprovadas de estudo não tenho, você termina ganhando no seu dia a dia, praticando no trabalho. Você termina tendo metodologia para trabalhar principalmente com as crianças (C-E2).

Verificou-se nas falas da maioria dos informantes-chaves que no processo de Educação Permanente em Saúde propostos pelo Distrito Sanitário, não estão incluídas qualificações para o uso de estratégias metodológicas, de comunicação e de abordagens coletivas para ampliar a participação e adesão da população nas atividades educativas.

[...] acho que deveríamos ser capacitados com outras propostas pedagógicas para melhorar a nossa atuação. Sei que teve um treinamento para os ACS que visou ensiná-los uma abordagem educativa mais popular, mas a Secretaria Municipal nunca mais ofereceu esse curso pra gente não (B-E1);

“Uma dificuldade que tenho é de me comunicar com grandes grupos, para muita gente. Tenho essa dificuldade, por isso prefiro trabalhar no individual” (A-E5).

Em síntese, os agentes das práticas educativas que fizeram parte deste estudo são profissionais de saúde, de nível médio e de nível superior, das ESB, com tempo expressivo de atuação na SF e a maioria formado em Saúde Coletiva ou áreas afins.

Verificou-se entre os profissionais uma padronização da carga horária de quarenta horas e com vínculo efetivo. Além de trata-se, de um contingente de pessoas adultas, com maturidade, trajetória e experiência na Estratégia Saúde da Família, com tempo médio de 11 anos, lidando com circunstâncias e situações apresentadas no cotidiano do trabalho em saúde, acrescido ao

fato da maioria dos CD apresentarem qualificação com a temática da determinação social do processo saúde-doença.

A sistematização das características dos agentes das práticas educativas em saúde bucal, segundo: sexo, idade, graduação, tempo de atuação, carga horária, títulos e experiências de Educação Permanente e saúde e experiências pedagógicas estão descritas abaixo (Quadro 5).

Quadro 5. Características do agente da ação segundo: sexo, idade, graduação, tempo de atuação, carga horária, títulos e experiências de EP e pedagógicas

<i>Equipe Saúde Bucal</i>	Agente da ação	Sexo	Idade	Graduação	Tempo de atuação/ano	Carga horária de trabalho	Especialização ou qualificação	Experiências de Educação Permanente	Experiências pedagógicas
ESB 1	CD	Feminino	35	Odontologia	07	40	Saúde Coletiva	Biossegurança/Rede em Saúde/LGBT	Não
	ASB	Feminino	39	ASB/ Serviço Social	08	40	Não	Biossegurança	Não
ESB 2	CD	Masculino	36	Odontologia	05	40	Saúde Coletiva	Biossegurança/Anemia falciforme	Sim
	ACS	Feminino	57	ACS/ Serviço Social	20	40	Gestão em Processos Sociais	Cuidado ao idoso/Saúde do bebê	Sim
ESB 3	CD	Feminino	52	Odontologia/ Enfermagem	06	40	Buco Maxilo Facial	Hanseníase/Gestante/Anemia falciforme	Não
	ASB	Masculino	64	TSB	02	40	Não	Biossegurança/ Informatização	Não
ESB 4	CD	Masculino	60	Odontologia/ Psicoterapeuta	14	40	Saúde Coletiva	Anemia falciforme/Câncer bucal	Não
	ASB	Feminino	57	ASB	02	40	Não	Biossegurança	Não
ESB 5	CD	Feminino	54	Odontologia	20	40	Saúde Pública	Tabagismo/Hanseníase/Acolhimento/Doenças crônicas dos idosos	Não
	ASB	Feminino	40	ASB	08	40	Não	Biossegurança	Não
ESB 6	CD	Feminino	32	Odontologia	08	40	Saúde Coletiva	Gestante/ Anemia falciforme	Não
	ASB	Feminino	24	ASB	0,33	40	Não	Biossegurança/Câncer bucal	Não
ESB 7	CD	Masculino	47	Odontologia	17	40	Saúde Pública	Biossegurança/Hanseníase	Não
	ASB	Feminino	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
ODSSF	CD	Feminino	61	Odontologia	-	40	Não	Biossegurança/Anemia falciforme	Não

Fonte: Elaboração própria, 2020

*Legenda: NP - Não Participou / ODSSF - Odontóloga Distrital

4.1.2 Objeto das práticas educativas

Entre os achados desse estudo, constatou-se que, prioritariamente, a totalidade da ESB oferta prática educativa voltada na prevenção da doença cárie e da doença periodontal, patologias prevalentes que afetam a saúde bucal da população do Distrito Sanitário.

[...] acabo levando mais os temas corriqueiros como a cárie, a doença periodontal, restringindo-me a minha caixinha da clínica que aprendi durante a formação acadêmica (A-E1);

“Previno e priorizo as doenças gengivais porque aqui são as mais prevalentes do que a doença cárie” (A-E6).

As evidências também apontaram que grande parte dos profissionais de saúde entrevistados das ESB, orienta as práticas educativas a indivíduos e coletivos, debruçadas sobre os fatores de riscos relacionados as doenças e na sua responsabilização pelo aparecimento destas, decorrentes assim da falta do autocuidado e do estilo de vida adotado.

“Discorro sobre o consumo racional do açúcar para evitar a cárie. O cuidado da saúde bucal é de responsabilidade da pessoa e dos hábitos” (C-E2);

“Falo como prevenir a cárie de mamadeira, sobre a importância do uso racional do açúcar e da responsabilidade dos pais quanto o consumo de alimentos cariogênicos” (A-E4);

“Oriento sobre os fatores de risco do tabagismo e alcoolismo e a sua prevenção para evitar o câncer de boca e do pulmão. E opino como deve ser realizado o autoexame na boca e na região do pescoço” (B-E3).

Os dados empíricos revelaram que um número pequeno dos informantes-chaves pautam as ações educativas sobre a redução dos danos, especialmente, naqueles aspectos que afetam os idosos, em consequência dos problemas provocados pelo uso e necessidade de próteses dentárias. Para esse público são ofertadas práticas educativas relativas a forma de higienização das próteses, instrução para a necessidade das trocas das mesmas, assim como orientação para a necessidade da utilização de próteses para a reabilitação e melhoria da capacidade mastigatória.

“Recomendo que usem próteses para que melhorem a mastigação, para que evitem engolir grandes pedaços dos alimentos, evitando o engasgo assim como problemas gástricos decorrentes da ausência de dentes” (C-E2);

[...] educo para que limpem as próteses. Orientamos também que prótese tem validade, principalmente aquelas que tem grampos para não prejudicar aquele dente em que está fazendo sustento (C-E2).

Apesar dos dados empíricos do estudo evidenciarem, na maioria das falas dos informantes-chaves, uma abordagem educativa confinada predominantemente nas enfermidades bucais, ênfase dada as enfermidades do corpo, verificou-se agentes das práticas reconhecendo e apontando a necessidade de trabalhar as intervenções educativas, na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença.

“Eu acho que as ações educativas são realizadas de forma distanciadas da questão social. Nosso discurso é uma coisa completamente distorcida da realidade deles. Quando a gente vai para as comunidades observamos as condições em que vivem. O que vemos é o compartilhamento de uma escova para toda a família” (A-E1);

“Penso em saúde na comunidade. Sair da nossa zona de conforto e ir mais para a comunidade [...] apresentando a comunidade o que de fato é a realidade. Explicar vários assuntos, tirar dúvidas relacionadas às suas realidades” (B-E1);

[...] pensar no público com suas necessidades é importante. Propor ações educativas para atender as necessidades identificadas na realidade seria mais significativo para aquele público (B-E5);

[...] na minha área de atuação a população apresenta muitas necessidades e passam por muitas situações de violência e até fome. Para eles procuro desenvolver competências, para que diante dos conhecimentos construídos eles coloquem em prática. Considerando que são necessárias outras ações a serem implementadas de forma a prover recursos ou alternativas para enfrentar tais situações. Penso em propor práticas educativas para maior mobilização e atuação dos usuários na melhoria da políticas públicas de saúde e que isso leve a melhoria das condições de vida (A-E5);

[...] se não fosse a visita domiciliar não dava para a gente perceber os problemas da comunidade e buscar resolver. Você não ia saber o que está acontecendo ali. O problema não é só escovação, a coisa é social. É uma causa maior (A-E2).

Diante dos dados empíricos apresentados, observa-se que os objetos de intervenção das práticas educativas variam entre os agentes da prática. Nota-se um predomínio de recortes de necessidades individuais e coletivas voltadas para o cuidado em saúde bucal, com ênfase nas doenças e fatores de riscos relacionados, terminando por ilustrar uma reprodução de práticas de saúde pouco abrangentes e descontextualizadas das necessidades sociais da população do distrito.

4.1.3 Pedagogias e tecnologias

As evidências apontaram que, dentre as tecnologias não materiais (os saberes e pedagogias), as mais empregadas durante a condução das práticas educativas dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde Bucal, estão embasadas na pedagogia da transmissão, com enfoque na transferência dos conhecimentos e de informações, preferencialmente realizada pelo CD.

[...] ainda há muita desinformação, as mães ainda associam a cárie ao uso de antibióticos. Temos que informar para mudar essa ideia **(A-E5)**;

[...] para mim educação em saúde é passar informação **(A-E7)**;

[...] a educação em saúde é resultado das informações que recebemos e passamos para as pessoas buscando catequizar **(B-E3)**;

“Falo quantas vezes for necessário. As vezes cansa falar, mas um dia vai entrar por osmose” **(A-E6)**.

Os dados empíricos demonstram que, para a grande maioria dos profissionais, a palestra é considerado um recurso tecnológico apropriado para educação. A escolha pela palestra se justifica pelo seu alcance abrangente a um quantitativo maior de pessoas, recurso este que produz maior celeridade ao processo educativo e contribui para o cumprimento de metas das atividades e práticas de saúde.

“Uso a palestra como forma de passar o que sei para a população” **(A-E6)**;

“Fazemos a palestra por que ela permite atingir grupos maiores de pessoas, principalmente quando estamos em espaços como salas de espera e nas feiras de saúde” **(A-E5)**;

[...] a gente sabe que a palestra não é o ideal, mas para você fazer uma proposta melhor de construção de conhecimento demora mais. É difícil percorrer muitas salas e depois descer aos pátios das escolas para realizar as escovações supervisionadas/mês. Temos que cumprir as metas e fazendo um turno por semana é difícil. Era tudo muito corrido. Ao final, optávamos pelas palestras para ser mais rápido **(B-E2)**.

Adicionalmente, assim como são transferidos os conhecimentos são repassadas as técnicas de higienização bucal. Essas últimas, geralmente, são ensinadas por meio da demonstração, influenciada pela pedagogia do condicionamento. Constatou-se entretanto, que essa ação técnica normalmente fica delegada aos Auxiliares de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários em Saúde, com a supervisão direta dos CDs.

Na grande maioria dos casos, os profissionais de saúde relataram que no cotidiano dos serviços utilizam tecnologias materiais representadas nos recursos pedagógicos como os folders, cartazes, banners, meios audiovisuais e macromodelos odontológicos para demonstração das técnicas de escovação e uso de fio dental.

[...] peço que me mostrem como escovam e logo depois os oriento demonstrando a técnica de escovação dos dentes e o uso do fio dental com o auxílio de um boneco que chamamos de bocão **(B-E2)**;

“Pego o modelo e boto eles em círculo sentados. E vou ensinando a técnica de escovação e depois passo o modelo para cada um fazer para ver se aprenderam. Quando o CD permite eu falo sobre o câncer de boca” **(B-E4)**;

[...] mostro pelo livro seriado a sequência que deve ser aprendida e depois peço para repetir para ver se aprenderam **(B-E3)**.

Embora a grande maioria dos profissionais utilizassem a educação em saúde como uma forma de repasse de conhecimentos e técnicas, visando a apropriação destas pela população, observou-se que não há apenas uma única maneira de desenvolver as práticas educativas entre os profissionais das equipes estudadas.

Verificou-se que algumas equipes combinavam práticas lúdicas e artesanais, além de meios e recursos da pedagogia de transmissão, pedagogia do condicionamento e outras estratégias metodológicas ativas como roda de conversa, brincadeiras, dinâmicas, jogos, músicas, teatros com fantoches, gincanas, etc. Além disso, utilizavam-se, também, de estratégias pedagógicas que pudessem valorizar os conhecimentos prévios dos usuários, favorecendo assim o diálogo e a escuta qualificada. Para eles, estes incrementos tendem a favorecer a participação ativa dos usuários, possibilitando a troca e o compartilhamento dos conhecimentos e experiências.

[...] trabalho a ação educativa com eles utilizando roda de conversa, para que eu possa ouvir as experiências, os aprendizados deles. O que eles trazem de bagagem para que eu possa fazer uma troca com eles **(A-E1)**;

“Eu gosto muito de buscar do outro o que ele sabe. Muitas vezes a gente tenta desconsiderar o conhecimento do outro. Ele tem um conhecimento, pode não praticar correto, mas quando a gente observa o que estão fazendo, percebo o que é necessário acrescentar” **(C-E2)**;

“A educação em saúde para ser mais resolutiva precisa da troca da bagagem do conhecimento deles e trazer um pouco da nossa e com isso tentar ver de que forma juntas, mesclando um pouco o conhecimento dos dois construímos um conceito” **(A-E1)**;

“Às vezes a gente fica naquele blá, blá, blá, mas não botam eles para interagirem. Para mim eles aprendem mais quando fazem parte da ação, por isso faço muitas brincadeiras e gincanas para entreter eles” (C-E2);

[...] faço brincadeiras, coloco músicas, trago o lúdico e até fazemos oficinas para aprenderem trabalhos artesanais e culinários. Me comunico com eles por meio de roda de conversa. Porque não adianta a gente ficar falando. Não surte efeito não funciona. Quando a gente usa o bate-papo fica parecendo que a gente está ali para ensinar e está todo mundo junto ali para aprender tanto ele quanto a gente (A-E5).

O estudo apontou que muitos dos profissionais de saúde entrevistados mostram-se limitados quanto a sua atuação diante das necessidades identificadas durante as visitas domiciliares nas comunidades e na abordagem de temáticas mais abrangentes que visem o enfretamento das necessidades sociais de saúde da população.

“Durante uma visita domiciliar, ao entrar numa casa sem ventilação e sem rede de esgoto, senti um cheiro insuportável. Não havia saneamento básico, era um lugar totalmente insalubre” (A-E1);

“Eu espero que eles alcancem a saúde bucal de maior qualidade. A gente não pode dizer excelente por que cada um tem sua realidade. Na casa de muitos falta creme dental e escova de dente. A cárie dentária é um processo complicado e que depende de muitas coisas” (B-E1);

[...] isso é tão complicado, eu gostaria ter mais o que oferecer na verdade. A saúde pública é muito carente. Quando a gente visita eles em casa a gente vê que a população precisa de muita coisa (B-E5).

Em resumo, o material empírico revelou o predomínio de práticas educativas sustentadas na transferência de conhecimentos e condicionamento de técnicas e a restrição destas focada na prevenção de doenças, como maneira de evitá-las, porém, observou-se também, grande parte das ESB combinando recursos tecnológicos e pedagógicos que favoreciam o diálogo e a participação da população. No entanto, não trabalhavam as temáticas de saúde na perspectiva social que possibilitem discussões sobre as questões sociais que afetam a saúde da comunidade, prevalecendo assim, uma vertente comportamentalista de resultados esperados a serem adotados pelos usuários de saúde.

4.1.4 Finalidade da prática educativa

O estudo mostra que o processo de levantamento das necessidades de saúde, para definição das temáticas que visem subsidiar as finalidades das intervenções educativas, na perspectiva da prevenção da doença e promoção da saúde, discorre numa escala decrescente

das seguintes fontes: o Calendário Nacional do Ministério da Saúde, os objetivos pactuados no Programa Saúde Escola, as necessidades de saúde referidas pelas comunidades e pelos grupos prioritários, observadas pelos ACS, as doenças observadas na clínica odontológica, o levantamento epidemiológico realizado pelos próprios CDs nas escolas, e uma profissional desconhece como essas temáticas são identificadas.

“Seguimos o Calendário Nacional do Ministério da Saúde para cada mês. Assim como nos orientamos pelas datas comemorativas, a exemplo do dia nacional do tabagismo” (G-E1);

“Defino o tema com base nos problemas de saúde da população, nos grupos prioritários. Se for grupo gestantes falo de gengivite, cuidados com a saúde bucal dos bebês e para os fumantes falo sobre câncer” (F-E1);

[...] acolho os temas a partir dos problemas da odontologia que observo durante a clínica (A-E1);

“A partir do levantamento epidemiológico que fazemos nas escolas” (B-E2);

[...] para as atividades em geral que a gente fazia pela equipe os temas são muito pautados em cima do PSE, as engessam, mas é bom por que dão o norte e acho que as escolhas das temáticas é bem feita. Os temas que eles colocam são bastante pertinentes (A-E2);

“Não sei dizer de onde surgem os temas” (C-E2).

Constatou-se que não foram referenciadas por nenhum dos entrevistados alusão sobre os instrumentos de gestão, a exemplo, do Plano Municipal de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão.

Durante a análise documental do PMS (Volume I) foram apontadas evidências sobre as necessidades de saúde do município, dentre elas, destacaram-se o aumento do percentual de incidência de cárie em crianças menores de 5 anos de idade (pré-escolares), ao mesmo tempo que houve a permanência da doença cárie e doença periodontal em adultos e idosos.

Nos achados dos instrumentos PAS e RAG, constatam-se que foram desenvolvidas ações educativas para esse público infantil, assim como para os idosos, buscando prevenir os problemas bucais identificados. Para as crianças, além das ações educativas com ênfase na introdução racional do açúcar, foram destinadas intervenções restauradoras e preventivas como a escovação dental supervisionada com flúor, trabalho este realizado com o apoio dos ACS.

Verificou-se nos achados empíricos que grande parte das ações educativas desenvolvidas no território, embora contemplem os grupos prioritários como as gestantes, os hipertensos, os diabéticos, estas permanecem tradicionalmente destinadas ao público escolar.

Evidenciou-se, em unanimidade, no relato da maioria dos informantes-chaves que parte das ações educativas realizadas, no coletivo e fora das unidades e são desenvolvidas por meio do PSE, com vistas para o alcance de metas para promoção, avaliação de saúde bucal, aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada.

[...] O PSE é uma forma fantástica de fazer as ações educativas coletivas. É a oportunidade que tive de ampliar os temas para além da odontologia. São ao todo 12 temas abordados pelo programa (**A-E1**);

[...] No PSE, a gente abria mais o leque de temáticas, são temas pertinentes, falamos sobre dengue e outras doenças como hanseníase, tuberculose e alimentação saudável. Sendo as vezes difícil de fugir para outros temas habituais na área odontologia, pois precisamos bater a meta de atividades como escovação supervisionada (**A-E2**).

Na análise documental do Plano Municipal de Saúde do município (Volume I), verificou-se que houve maior incremento e abrangência das práticas educativas em saúde bucal em função da participação crescente das Equipes de Saúde da Família, com adesão das escolas ao Programa Saúde na Escola (PSE). Inclusive, a ação pactuada da saúde bucal é uma das que apresenta o maior percentual, sendo 86,7% de escolas cobertas pelo PSE.

Durante a investigação do Plano Municipal de Saúde do DSSF (Volume II), foi evidenciado o aumento dos fatores de riscos do tabagismo e elitismo, além da informação da prevalência da doença cárie e da doença periodontal entre os adultos e idosos, como o aumento mais acentuado da incidência de cárie na população de Ilha de Maré. No entanto, no instrumento não há informações epidemiológicas das faixas etárias mais acometidas, sobre a capacidade da rede de atenção à saúde bucal, a exemplo da cobertura da atenção à saúde no que se refere ao número de ESF, o número de ESB e o seu quantitativo profissional, assim como as condições de saúde bucal acerca de outros bairros que compõem o distrito em análise. Não há informações sobre as proposições de ações educativas para essas localidades que fazem parte do DSSF em nenhum dos documentos estudados.

Nesse sentido, as evidências apontaram que embora haja uma diversidade de bases e perspectivas para subsidiar o levantamento das necessidades de saúde, orientando as práticas educativas, o instrumento de gestão não chega ao nível técnico operacional para nortear as práticas educativas em saúde bucal. Assim, as demandas temáticas das ações educativas são verticalizadas e distanciadas das necessidades dos territórios.

As evidências apontaram para a indução de práticas educativas por demanda e não por necessidade, além da regularidade de prática focalizada em grupos específicos (crianças e

idosos), sem um alinhamento com as condições de saúde, a exceção das doenças prevalentes em Saúde Bucal.

Averiguou-se nos documentos analisados e pelos enfoques dados pelos informantes-chaves das ESB que grande parte das ações educativas em saúde bucal tem a finalidade de atuar sobre a prevenção das doenças e em pequena escala na promoção da saúde.

O processo avaliativo na prática educativa

Verificou-se que a avaliação das ações educativas em saúde é um aspecto pouco desenvolvido dentro das ESB. Nos relatos dos informantes-chaves constatou-se que a grande parte não emprega métodos e instrumentos para avaliar a própria intervenção educativa, impossibilitando assim, reconhecer o alcance dos objetivos, na perspectiva da conscientização sanitária e autonomia do usuário.

As ESB que utilizaram a avaliação, relataram a importância de saber os pontos positivos e negativos da ação educativa como forma de contribuir para reorientação do processo, buscando sua melhor qualificação. Entretanto, observa-se a centralidade e a natureza da avaliação, incidindo sobre os aspectos, exclusivamente, técnicos e conceituais do processo educativo.

[...] não uso corriqueiramente, mas a gente coloca algumas questões e nos preocupamos sobre a clareza dos assuntos abordados. Com a minha vivência eu tenho visto claramente a melhoria da saúde bucal devido as ações educativas (**A-E4**);

[...] A gente avalia o que não deu certo no processo (**A-E5**);

[...] temos um caderno para registro das necessidades de ajustes das atividades educativas. Por exemplo, o que é feito e o que pode ser mudado. Caso identificamos que os adolescentes estão dispersos a gente diminui o tempo de roda de conversa para melhoria da ação educativa (**A-E5**).

O uso de indicadores de avaliação para monitoramento e acompanhamento das ações educativas, não configurou uma prática da maioria das ESB. Do universo das 07 ESB, 02 ESB usavam indicadores, justificando a aplicabilidade dos mesmos como forma de reconhecer o dimensionamento do alcance das necessidades, de acordo com atributos relativos a ação educativa, a cobertura, a eficácia e a eficiência, dentre outros aspectos.

[...] não usamos. Deveríamos usar para acompanhar o percentual da cobertura de uma determinada ação e do público alvo (A-E1);

[...] não, a gente tem o controle do quantitativo das escovações e das crianças, mas quantitativos comparativos de um ano para o outro, não temos (A-E3);

“Eu uso outros indicadores de saúde. A meta a gente controla. Cheguei a 50%. Imagine se eu chegar a 100% e aí partiria para os idosos. Mas entendo que precisa de dados, senão você fica perdido” (A-E2);

“Eu uso indicadores, o indicador é a base de tudo, se não tiver indicador não consigo resolver o problema da saúde bucal da população para saber se a ação desenvolvida foi efetiva e quantas mais preciso realizar e mudanças que devo fazer” (A-E6).

No estudo constatou-se no discurso da minoria dos entrevistados que a avaliação é parte constitutiva do processo educativo, entretanto, a depender da visão do ator envolvido, são dados diferentes objetivos e funcionalidade. Uma parte utilizava a avaliação no processo e outra parte, no produto da ação educativa e nem sempre objetivam a reorientação da prática com vistas a obtenção de informação quanto aos resultados alcançados.

4.1.5 Produtos da prática educativa

A investigação mostrou que grande parte dos entrevistados esperam como resultados da prática educativa que os usuários alcancem, autonomia, mudança de hábitos e comportamentos saudáveis, conhecimentos e a reprodução das técnicas.

[...] a autonomia seria interessante para que eles conseguissem, pois a saúde bucal depende muito deles também (A-E1);

“Eu espero que alcancem a autonomia, no sentido de evitar um agravo e manter a saúde” (A-E2);

“Espero que eles coloquem em prática a técnica que foi ensinada” (A-E5);

[...] com o conhecimento espero que mudem o comportamento daquele usuário que poderia está sendo deletério para a sua saúde (A-E6).

O material empírico constituído para fins desse trabalho revelou que a maioria dos entrevistados empregam práticas educativas em saúde bucal ancoradas nas pedagogias de transmissão e de condicionamento, esperando que os usuários alcancem autonomia, mas com uso restrito de processos avaliativos que possibilitem verificar se as ações propostas são coerentes com os resultados esperados das mesmas.

4.2 Contexto das práticas educativas: facilidades e dificuldades

O reconhecimento do contexto, apresenta caráter relevante no processo de busca das evidências, no que tange ao construto empírico da objetivação dos sujeitos realizadores da prática educativa em saúde bucal na realidade do distrito, considerando que este se encontra imerso às interfaces e a dinâmica, na qual foram observados aspectos que facilitam e dificultam o fazer educativo dos profissionais de saúde da ESB.

Aspectos facilitadores

Verificou-se na percepção da maioria dos informantes-chaves, que entre as facilidades encontradas no desenvolvimento das práticas educativas, está o trabalho em equipe realizado de forma multidisciplinar. A creditação dada pelos membros que compõem as ESB estudadas, decorre da potencialidade que esta integração promove para a melhor organização e planejamento conjunto das práticas educativas em áreas temáticas em saúde bucal.

“Nos reunimos com a equipe da USF e fazemos um balanço dos agravos mais frequentes, discutimos e enfocamos aquele determinado tema durante aquele mês” (A-E7);

“Compartilhamos a agenda para atender as necessidades do paciente como outros profissionais de saúde da USF. Compartilho as necessidades do paciente com o médico, a enfermeira e principalmente com os ACS” (A-E5);

“No PSE, geralmente vem uma lista com vários temas para ser abordados na escola. A partir daquilo ali tem a parte da odontologia, do médico, da enfermeira, do ACS. A gente senta com todo mundo, conversa e planeja quais ações vão ser feitas e os responsáveis por cada uma delas” (B-E1).

Muitos apontaram que o trabalho articulador desempenhado pelo ACS, mediando as necessidades da comunidade junto às ESB, contribui para o planejamento de ações e desenvolvimento do trabalho educativo nos espaços comunitários.

“O CD não sai para atuar na comunidade, até mesmo na escola que não seja na companhia do ACS. Ele é o elo da ESB e os problemas da comunidade” (C-E2);

“Iniciamos a ação educativa com a parceria do ACS. A gente o solicita para que agende um local e horário com uma determinada parcela da comunidade” (A-E7);

“Minha equipe de saúde da família é completa. Temos todos os ACS, isso facilita o trabalho educativo porque posso contar com a colaboração deles no momento das

ações educativas. As equipes que são incompletas apresentam mais dificuldades” (A-E1).

Outro achado, não menos importante, trazido por grande parte dos entrevistados como um aspecto facilitador da realização das ações educativas, centra-se na localização das unidades de saúde em relação as comunidades. As unidades situadas nas proximidades dos espaços escolares, além de favorecer o deslocamento dos profissionais educadores, possibilitam o alcance das metas educativas pactuadas pela gestão do município, uma vez que as escolas municipais e estaduais são consideradas sítios estratégicos de atuação dentro das comunidades.

[...] a gente se localiza no meio das escolas. De um lado fica a escola de crianças pequenas e do outro a escola dos adolescentes. Nesse aspecto temos muita sorte pela proximidade que temos com as escolas (A-E3);

“Como as escolas ficam perto dos arredores da UBS, podemos ir andando e aproveitamos o percurso para observar o território” (C-E2);

“Fazemos muitas práticas educativas nas escolas, principalmente por meio do PSE. A grande maioria das escolas centram-se perto as unidades o que facilita o desenvolvimento das ações educativas (A-E3);

“Por conta do quantitativo de estudantes a gente alcança mais fácil as nossas metas” (B-E6).

Aspectos dificultadores

Evidenciou-se nos relatos dos informantes-chaves, que há poucos, espaços para a atuação das práticas educativas, associam-se a esta situação, desiguais condições de infraestrutura e provimento de recursos materiais educativos para sua realização. A partir das condições descritas na narrativa da maioria dos entrevistados, tais fatores configuram-se limitantes para o desenvolvimento das ações educativas. Além disso, constatou-se que tais condições são diferentes entre as equipes das USF do distrito, por vezes, dentro da mesma USF.

“Não costumamos realizar as ações educativas nas unidades. A nossa unidade é um ovo, é muito pequena, tem unidades aqui com espaços maiores. A sala de espera não acomoda bem os nossos grupos prioritários. Fazemos nos espaços das comunidades” (A-E1);

“Fazemos em espaços das comunidades como igrejas, mas não é todo espaço que tem estrutura com pias para realizar as escovações supervisionadas com flúor. Nem sempre temos disponíveis escovódromos” (A-E4);

“Uma facilidade que temos aqui é o espaço físico, a gente é privilegiado nesse sentido. O auditório aqui é sensacional. Por que por ser uma unidade nova, a gente tem um auditório super equipado. Ele é confortável e grande, tem bastante cadeira e até ar-condicionado” (A-E1);

“A gente precisa de mais espaços para atuação das práticas educativas e mais condições de recursos materiais como o escovodromo, kit de creme-dental e escovas para distribuição junto a população, além de recursos audiovisuais dentro das unidades” (H-ET).

Para a maioria dos informantes-chaves, os recursos materiais e insumos costumam ser insuficientes, mas que não são considerados, por um pequeno número destes profissionais, impeditivo para o desenvolvimento das ações educativas, pois os mesmos acabam providenciando e utilizando outras estratégias, inclusive custeando algumas delas.

[...] os insumos têm melhorado bastante, mas ainda deixam muito a desejar. A gente usa muito da nossa criatividade, falta cartolina e pincel atômico. A gente fala muito no gogó, mas não tem muita coisa para a mensagem ficar mais tempo e disponibilizada para os usuários, faltam panfletos. A gente teria condições de fazer um trabalho educativo melhor se as condições de trabalho fossem outras (A-E7);

“Falta escova para distribuir no momento das visitas domiciliares. Antigamente tínhamos ticket, vale alimentação para a gente usar nas práticas educativas. Hoje em dia se a gente quiser fazer esse lanche tem que tirar do bolso” (A-E4).

Nos relatos de alguns dos informantes-chaves, os trabalhos educativos realizados em escolas situadas em localidades distantes das unidades de saúde comprometem a acessibilidade, principalmente quando falta veículos para o deslocamento dos profissionais. Nem sempre é possível fazer o trajeto por meio de caminhadas. Inclusive, esta situação traz posicionamentos e condutas controversas entre os profissionais das ESB. Na fala de um dos entrevistados, verifica-se que a falta de locomoção não é um impeditivo para a realização das atividades educativas.

[...] mas para ações educativas o que falta mesmo é o carro para ir as escolas que nem sempre é perto (B-E1);

“Primeiro a gente não tem carro na unidade. O carro vem para a unidade um dia na semana, dia de quarta-feira. Para fazer visita domiciliar, pela manhã, o carro fica a disposição de uma equipe e de tarde de outra. Quando eu comecei tinha um carro na unidade para a semana inteira” (A-E4);

“A questão do carro é polêmica, mas eu mesma faço tudo a pé, inclusive as ações educativas nas escolas vinculadas ao PSE. Embora algumas não fiquem perto da nossa unidade” (A-E2).

Foram revelados na narrativa de poucos informantes-chaves, outros achados empíricos relacionados a acessibilidade dos profissionais de saúde as famílias adscritas, quanto aos entraves provocados pela topografia do terreno. Estes profissionais apontaram que a presença de ladeiras dificultam o acesso para a realização das práticas educativas em saúde bucal.

“A posição geográfica não favorece a nossa entrada no território. São muitas ladeiras e escadarias que dificultam nosso trabalho na região. Isso acaba comprometendo a realização das práticas educativas nos locais” (A-E5).

Conforme relatos da maioria dos informantes-chaves, as práticas educativas são comumente realizadas nas salas de espera das unidades de saúde. Considerados espaços pequenos, terminam por inviabilizar a realização de determinadas atividades ao público, com o agravante destes serem espaços onde há conversas e ruídos, que terminam dificultando a escuta dos que ali estão, interferindo na comunicação e concentração e na aprendizagem das pessoas. Outras unidades possuem estruturas melhores como auditórios equipados, com ar-condicionado, cadeiras e espaço físico para atividades mais participativas.

“Não costumo realizar as ações educativas na sala de espera, pois é um local muito barulhento. O paciente perde a concentração, prefiro o consultório” (A-E3);

[...] a sala de espera por ser pequena não comporta muita gente, além do calor, restringe a realização de dinâmicas mais participativas (A-E6).

De acordo com os relatos de dois informantes-chaves, as práticas educativas realizadas nos espaços religiosos das comunidades enfrentam censuras de determinadas temáticas em saúde pelos impostas pelos representantes das entidades religiosas.

“As igrejas evangélicas não permitem a abordar determinados assuntos nos seus espaços” (A-E1);

“Alguns espaços religiosos, mas especificamente, as igrejas evangélicas, não aceitam nada de educativo dentro delas” (C-E2);

“Para fazer algo em massa na comunidade, no caso da nossa equipe, fora a escola, basicamente só tinha mesmo os espaços religiosos, mas nem sempre o pastor permite o nosso acesso” (A-E2).

Aliado a essas dificuldades, uma grande parte dos usuários relataram que aspectos culturais, a percepção e valores dados pelos usuários de saúde bucal interferem na condução

das práticas educativas. Pequena parte dos entrevistados apontam para a necessidade de ruptura de tabus de aspectos enraizados e o medo de ir ao dentista.

“Educar em saúde significa trabalhar as questões culturais. Trago situações concretas da realidade. Pergunto para eles quando assistem TV e vem uma pessoa soprando um bolo e a dentadura caindo. Procuo sempre que posso mudar tais percepções. Existe uma cultura que o idoso é banguelo, que envelhecer é sinônimo de perder os dentes. Eles começam a entender que podem evitar aquilo. Só depende deles. Ressalto que com a escovação e a alimentação saudável eles podem ficar com os dentes até morrer” (A-E3);

[...] dentista é pouco procurado...criança tem medo de dentista. Trabalhamos nas comunidades a importância de ir ao dentista e o cuidado da saúde bucal...com isso a gente passou a ter credibilidade na comunidade (C-E2);

[...] trabalho com crianças e por que é uma forma de criar hábitos de higienização logo cedo. Trabalho com as crianças e com os pais. Durante a educação desmitifico aspectos quanto a importância dos dentes sobre o valor e o medo de ir ao dentista (C-E3).

Constatou-se, pelos relatos da maioria dos entrevistados, que a baixa adesão dos usuários de saúde nos momentos das práticas educativas em saúde está associada a demanda historicamente reprimida que os leva a optar pelos procedimentos curativos e de medicalização.

”A baixa participação dos usuários de saúde nos momentos das ações educativas é reflexo de uma demanda histórica marcada pela falta de acesso aos serviços odontológicos. Eles preferem resolver suas dores com práticas curativas ao invés das educativas” (A-E1);

“Fico arrasada quando escuto o paciente falar que a ação educativa atrasa o tratamento” (A-E1);

“Ainda uma boa parte dos usuários de saúde buscam o CD para fazer tratamentos, tirar a dor, tirar o problema, querem algo mais resolutivo. Achrom que a prática educativa é uma perda de tempo, eles não gostam. Muitos adultos não relacionam a prevenção como algo importante para sua saúde” (H-ET);

“Pelo excesso de demanda, muitas vezes me pego reproduzindo o modelo antigo curativo, fazendo prioritariamente as restaurações, tirando a dor por meio das extrações. Termino reproduzindo o modelo curativo e mutilador, dando muitos passos para trás. Enfrentamos a cultura da medicalização. A gente vê que o usuário, mesmo após a restauração, quer o remédio” (A-E1).

Evidenciou-se o uso de estratégias condicionantes adotadas por determinadas ESB como forma de enfrentamento diante da baixa participação dos usuários nas ações educativas em saúde bucal. Entre as estratégias empregadas pelos profissionais há práticas corriqueiras de

atrelar a marcação da primeira consulta odontológica e a de ofertar agradados (lanches e brindes) como estímulo para a adesão da população às ações educativas.

“Para um paciente marcar uma consulta odontológica comigo ele precisa passar por uma roda de conversa” (A-E1);

“Realizo a atividade educativa na sala de espera da unidade de saúde atrelada a marcação de consulta” (A-E5);

“Oferecemos lanches e brindes para adesão às ações educativas” (A-E4).

Constatou-se nos relatos dos profissionais mais antigos, que desde a inserção de ESB na Estratégia de Saúde da Família até os tempo atuais, as práticas educativas vêm ocupando menos espaço na agenda do trabalho da equipe de saúde.

[...] quando cheguei aqui era dado mais ênfase a prática educativa do que hoje. Antigamente dos 10 turnos de trabalho, três turnos eram destinados para realização, atualmente é um só (A-E7);

“Devíamos fazer mais vezes as ações educativas nas escolas e nas comunidades, mas temos tantas demandas para dar conta e atender as necessidades curativas dos pacientes” (A-E1).

Verificou-se que todas as ESB registram e lançam as práticas educativas no Sistema Vida da SMS. No sistema são alimentadas informações sobre a natureza da ação educativa, o público alvo, quantidade de pessoas envolvidas e nome do usuário.

[...] antes de ser implantado o Sistema Vida, a gente realizava o registro das atividades educativas na ficha do E-SUS. Eu mantenho o registro na ficha de papel, depois eu lanço no sistema (A-E1);

[...] faço o registro no livro e depois lanço no Sistema Vida. Colocamos as ações coletivas com o nome de cada pessoa que passou pelo cuidado (B-E1);

[...] tem um papel, um impresso da própria prefeitura. A gente faz o registro lá. Tem agora o eletrônico. Eu confesso que ainda não fiz (A-E3).

4.3 Características do trabalho educativo entre as ESB

A ESB1 é uma equipe feminina, madura e com média de 37 anos de idade e 7 anos de atuação na ESB. A CD apresenta experiência com as metodologias problematizadoras apreendidas durante a residência, além título de especialização em Saúde Coletiva (SC) e a

ASB tem formação também em Serviço Social. No objeto de trabalho são operacionalizados recortes sobre a doença e os fatores de riscos relacionados. No desenvolvimento das ações educativas, a equipe, além da palestra, combina recursos tecnológicos, por meio de atividades participativas, abertas ao diálogo e a escuta. Verificou-se que ambas consideram importante intervenções no território, mas com a finalidade de prevenção de doenças, e compreendem que o processo educativo deve ampliar a autonomia das pessoas para atingir sua efetividade.

A ESB2 é uma equipe mista e madura com média de idade de 46 anos de idade e a média de atuação na ESB é de 12 anos. O CD apresenta especialização em Saúde Coletiva e a ACS também tem formação em Serviço Social, com 20 anos de atuação na ESF e vasta experiência de trabalhos em saúde desenvolvidos na comunidade. O CD relatou ter vivenciado durante a residência experiências pedagógicas ancoradas nos pressupostos teóricos do educador Paulo Freire. Na realização dos processos educativos, ambos, consideram o objeto de trabalho focado na doença, fatores de riscos relacionados e aos danos. Averiguou-se que utilizavam como meios tecnológicos a combinação das palestras com atividades lúdicas e participativas voltadas, principalmente, aos escolares, com a finalidade de prevenção de doença. Ambos esperam que os usuários alcancem a autonomia.

A ESB3 é uma equipe mista com a média de idade entre a CD e ASB de 58 anos. O tempo médio de atuação na ESB corresponde a 04 anos. A prática educativa apresenta o objeto de trabalho centralizado sobre a doença e aos fatores de riscos relacionados. Verificou-se que dentro da mesma ESB coexistem formas divergentes de conduzir as práticas educativas com relação as tecnologias e pedagogias empregadas, finalidades e produtos da prática. A CD é formada em Enfermagem e especialista na área de buco-maxilo facial e foca a ação educativa na doença para promoção da saúde. Utiliza dinâmicas e jogos para o alcance da autonomia, mas não relata abordagem sobre temas sociais com vistas ao enfretamento dos mesmos e transformação da realidade. O ASB, enfoca a doença e usa a palestra e o condicionamento das técnicas para a prevenção das doenças esperando a aquisição dos conhecimentos como produtos. Nessa ESB os profissionais trabalham de forma divergente, apontando a necessidade de alinhamento entre eles, para convergência dos temas de saúde e recursos metodológicos.

A ESB4 é uma equipe mista, o CD tem 14 anos de atuação na ESB e ASB tem 2 anos. O CD é especialista em Saúde Pública e também formação em psicoterapeuta. O enfoque do objeto de trabalho centra-se na doença e a palestra é empregada para transferência de conhecimentos e de técnicas de escovação como meio para o alcance da promoção de saúde e prevenção de doença, buscando que os usuários alcancem a autonomia e a reprodução da técnica.

A ESB5 é uma equipe predominantemente feminina, média de idade 46 anos. A CD apresenta especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família e atua há 20 na ESB e a ASB atua há 8 anos na equipe. Essa equipe trabalha o objeto da prática sobre a doença, fatores de riscos relacionados e a determinação social, priorizando ações educativas no coletivo junto aos usuários em condição de vulnerabilidade social. A finalidade da prática vai para além da prevenção de doença, destacando ações voltadas para a promoção da saúde da população adscrita. Os integrantes da equipe utilizam dinâmicas e rodas de conversas e esperam que o usuário aumente a sua autonomia, mudança de comportamento e reproduza a técnica.

A ESB6 é uma equipe feminina com média de idade 28 anos, a CD tem 08 anos e a ASB 1,5 de atuação na ESB. Trata-se da equipe mais jovem. A CD é especialista em Saúde Pública. A equipe foca o objeto de trabalho na doença e fatores de riscos relacionados. Utilizam a palestra como recurso tecnológico, associado ao condicionamento de técnicas de escovação com finalidade na prevenção de doenças. A CD espera que o usuário alcance autonomia, mudança de comportamento e conscientização, enquanto a ASB espera que o usuário reproduza a técnica.

A ESB7 é uma equipe mista com média de 17 anos na ESB. O CD tem especialização em Saúde Pública. A equipe considera como objeto de trabalho a doença e fatores de riscos relacionados, emprega a palestra como recurso tecnológico com a finalidade de prevenção de doenças, esperando que o usuário adquira conhecimentos.

4.4 Comparativo do trabalho educativo entre as ESB

A análise comparativa das ESB possibilitou a identificação de semelhanças, diferenças, congruências e incongruências entre as equipes e dentro da mesma equipe, assim como permitiu apontar os enfoques dados nas formas de organização das práticas educativas, para lidar com os problemas em saúde bucal da população desenvolvidas pelas ESB do DSSF de Salvador.

As evidências empíricas do estudo apontaram que das 07 ESB analisadas, 06 delas (ESB1, ESB2, ESB3, ESB4, ESB6 e ESB7) restringem o objeto da prática educativa com ênfase nas patologias bucais prevalentes e aos fatores de riscos relacionados. Apenas a ESB5 estrutura o fazer educativo abarcando, de forma complementar, recortes que envolvem as questões sociais do processo saúde-doença, demonstrando maior aproximação dos compromissos sociais e conseqüentemente maior probabilidade de atender as necessidades de saúde na perspectiva do alcance da integralidade do cuidado em saúde bucal das comunidades.

Nos achados empíricos, averiguou-se que 02 ESB (ESB6 e ESB7) conduzem as práticas educativas utilizando tecnologias materiais e não materiais, predominantemente relacionadas a pedagogia de transmissão de conhecimentos e a pedagogia do condicionamento de técnicas, desfavorecendo o desenvolvimento de criticidade e autonomia na busca de soluções sobre as questões que envolvem a saúde do indivíduo e da coletividade.

Verificou-se) na condução das práticas educativas, que os CDs e ASB das 05 ESB (ESB1, ESB2, ESB3, ESB4 e ESB5) utilizavam diversas tecnologias materiais e não materiais como roda de conversa, diálogo, acolhimento de saberes e práticas, configurando assim, equipes com maiores possibilidades de criar situações de aprendizagens e assim possibilitar o aumento da autonomia dos usuários. Observou-se um padrão nessas equipes, que pode explicar essa aproximação destes às práticas participativas e problematizadoras da realidade. Nota-se que pelo menos um em cada equipe possui outra área de saber, decorrentes de outra formação ou experiências anteriores. Um aspecto que possibilita uma reflexão em que saberes e experiências pregressas guardam relação com a constituição dos sujeitos que a conduz.

Constata-se que, a ESB3 é aquela que mais apresenta divergências nos aspectos relacionados as tecnologias e pedagogias, finalidades e produtos decorrentes do processo educativo. A CD utiliza estratégias pedagógicas participativas com a finalidade da promoção da saúde na expectativa que os usuários aumentem sua autonomia, enquanto, o ASB emprega a palestra e as técnicas de condicionamentos com a finalidade de prevenção de doenças para aquisição de conhecimentos, suscitando assim, a necessidade de alinhamento dessa ação com a reorientação do trabalho educativo do ASB.

Averigua-se que a maioria das ESB empregam de forma coerente as estratégias pedagógicas para o alcance dos resultados, com exceção da CD pertencente a ESB6, que pretende aumentar a autonomia do usuário de saúde, utilizando a pedagogia do condicionamento, demonstrando que os resultados dos produtos mencionados não são condizentes com as estratégias pedagógica aplicadas.

A sistematização da análise comparativa das ESB estão descritas abaixo (Quadro 6).

Quadro 6 -Comparativo das práticas educativas entre as ESB do DSSF/SSA- BA

<i>Equipe Saúde Bucal</i>	Agentes da prática	Objeto da Prática	Tecnologias e Pedagogias	Finalidade da prática	Produtos da prática
ESB1	Agente 1	Doença cárie e periodontal Fator de risco das doenças	Roda de conversa, dinâmicas palestra, audiovisuais, fantoches, Pedagogia da Transmissão	Prevenção de doença Intervenção no território	Autonomia do autocuidado
	Agente 2	Doença cárie e periodontal Fator de risco das doenças	Palestra, roda de conversa, Pedagogia do condicionamento	Prevenção de doença Intervenção no território	Autonomia do autocuidado
ESB2	Agente 3	Doença cárie e periodontal Fator de risco das doenças Trauma dental, câncer bucal	Palestra. gincanas, jogos fantoches e teatros Pedagogia da transmissão	Prevenção de doença Intervenção no território	Autonomia do autocuidado Transformação
	Agente 4	Doença cárie Fator de risco das doenças Câncer bucal Danos	Gincanas, jogos e teatros Pedagogia da transmissão e condicionamento de técnicas de higienização	Prevenção de doença Promoção de saúde Intervenção no território	Autonomia do autocuidado
ESB3	Agente 5	Fator de risco das doenças	Gincanas, fantoches, teatros, jogos, palestra Pedagogia da problematização	Promoção de saúde	Autonomia do autocuidado
	Agente 6	Doença cárie Fator de risco das doenças	Palestra Pedagogia do condicionamento	Prevenção de doença	Aquisição de conhecimentos
ESB4	Agente 7	Doença cárie Câncer bucal	Palestra Dinâmicas	Promoção de saúde Prevenção de doença	Autonomia do autocuidado
	Agente 8	Doença cárie Câncer bucal	Pedagogia do condicionamento de técnicas de higienização	Prevenção de doença	Reprodução da técnica

ESB5	Agente 9	Doença cárie Fator de risco das doenças Câncer bucal Determinação social	Palestras, rodas de conversas, audiovisuais, músicas e gincanas Pedagogia Problematicadora	Promoção de saúde Prevenção de doença	Autonomia do autocuidado e enfretamento dos problemas que impactam a saúde bucal Modificação de hábitos
	Agente 10	Doença cárie Fator de risco das doenças Determinação social	Palestras, rodas de conversas, audiovisuais, músicas e gincanas Pedagogia Problematicadora	Promoção de saúde Prevenção de doença	Reprodução da técnica
ESB6	Agente 11	Doença periodontal e cárie dentária Fator de risco das doenças	Pedagogia do Condicionamento	Prevenção de doença	Autonomia do autocuidado Mudança de comportamento Conscientização
	Agente 12	Doença periodontal e cárie dentária Fator de risco das doenças	Pedagogia do condicionamento de técnicas de higienização	Prevenção de doença	Reprodução da técnica
ESB7	Agente 13	Doença cárie e periodontais Fator de risco das doenças Câncer bucal	Pedagogia da Transmissão Palestra	Prevenção de doenças	Aquisição de conhecimentos
	Agente 14	NP	NP	NP	NP

Fonte: Elaboração da autora , 2020.

*Legenda: NP - Não Participou

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que as práticas educativas realizadas pelos CDs e auxiliares técnicos em saúde bucal estão majoritariamente centradas na transmissão de conhecimentos e no condicionamento de técnicas, utilizando-as como estratégias pedagógicas prevalentes do trabalho educativo.

O estudo de Garcia e colaboradores (2018) ratifica tais achados com resultados similares. Segundo os autores, para além da transmissão de informações, os CD atribuem valor as ações educativas, combinadas as atividades preventivas da demonstração clássica de práticas condicionantes que se configuram no momento do ensino da técnica de escovação bucal.

Esses achados demonstram que as pedagogias que iluminaram as práticas educativas do estudo estão ancoradas em duas pedagogias: pedagogia de transmissão e pedagogia do condicionamento. Na primeira, prevalecem características de uma transmissão verticalizada dos conhecimentos, de caráter eminentemente prescritivo e informativo. Nessa modalidade de educação, os educandos, usuários dos serviços de saúde, são considerados desprovidos de conhecimentos, qualificados por Freire (1989), “cabeças vazias”, para os quais deveriam ser despejados, o saber científico e técnico dos educadores, ambos respeitados como verdades absolutas, sem acolher os saberes populares (1991). Esse modelo de educação foi chamado por Freire (2011) como educação bancária.

Na segunda, no lugar da transferência dos conhecimentos prevalece o repasse das técnicas. Conforme Bordenave (1994), tal pedagogia, de enfoque sobre os resultados comportamentais esperados, prevê a reprodução fiel do que foi ensinado, expressando, no âmbito individual e coletivo, características de submissão e subordinação na sociedade.

Apesar dos achados supracitados evidenciarem o emprego de práticas educativas sustentadas na transferência de conhecimentos e no condicionamento de técnicas como potencial educativo, Freire (2011, p.24), ao contrário, critica, ao afirmar que, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. Para o autor, o educador deve planejar atividades criando situações de aprendizagens, que atuem sobre o aprender e assim provoquem a “curiosidade epistemológica”, que deflagre descobertas e buscas sobre as razões e os porquês do que está sendo educado. Freire, ressalta que o processo educativo deve permanecer voltado para que o próprio aluno não se comporte como um mero expectador e receptor, e sim protagonista ativo, construtor do conhecimento, consciente e crítico da realidade da qual este faz parte.

Evidenciou-se entre os resultados do estudo que a maioria dos integrantes da ESB repassam saberes e técnicas da clínica durante as ações educativas, especialmente, advindas da formação acadêmica e da qualificação profissional do CD e auxiliares técnicos em saúde, para serem absorvidos e apropriados pela população.

Em consonância com o presente estudo, Brasil e Santos (2018), ao analisarem os desafios das ações educativas das ESB na atenção primária, obtiveram resultados semelhantes, apontando que o modelo educativo empregado para as comunidades, encontra-se centrado no saber do CD, apresentando um caráter prescritivo e burocrático.

Essa análise coaduna com o pensamento de Scherer e Scherer (2015). As pesquisadoras revelam a existência da associação do perfil da prática odontológica caracterizado pela realização de ações eminentemente advindas da clínica. E tal como reafirma Alves (2005), predominantemente, encontram-se subsidiadas nos conhecimentos científicos produzidos no campo da saúde.

Essa constatação também corrobora com a percepção de Ceccim e Feuerwerker (2004). Os autores apontam o predomínio técnico-científico da profissão na formação dos profissionais de saúde e para a necessidade de extrapolar tais limites considerando aspectos estruturantes. Segundo os autores, componentes de interesse e relevância social são necessários para a elevação da qualidade de vida e devem abarcar articulações entre, o ensino, a gestão, a atenção em saúde e o controle social, com vistas ao enfretamento das questões que envolvem a saúde.

Mesmo que as evidências empíricas da pesquisa revelem, que a grande maioria dos profissionais de saúde repassem conhecimentos e empreguem a palestra como principal recurso didático, utilizado como forma de alcançar a aprendizagem dos usuários. Os outros achados demonstraram que os profissionais de saúde das ESB do distrito vem combinando outras abordagens lúdicas e artesanais, além de recursos metodológicos que são empregados nas pedagogias ativas, mesclando atividades e estratégias metodológicas como roda de conversa, o diálogo, dinâmicas, trocas e compartilhamento dos conhecimentos e experiências, entendendo ser estes recursos importantes para aumentar o interesse e a participação dos usuários dos serviços de saúde nos processos educativos.

Tais resultados também foram encontrados nos achados empíricos de Brasil e Santos (2018). As autoras constataram que determinadas ESB empregavam práticas educativas lúdicas ou artesanais possibilitando a participação da comunidade. Entretanto, revelaram o envolvimento parcial dos usuários de saúde e pouco interesse no momento de dar opinião e sugestão das necessidades perante a vulnerabilidade social aos quais estavam submetidos. Ao

final, as mesmas ressaltam que o lúdico, esvaziado de conteúdo, não contribui para mudanças das ideias e nem transformações sobre as realidades.

Paiva e colaboradores (2016) corroboram com os achados do estudo com resultados similares e apontam que as pedagogias ativas configuram-se em uma importante estratégia para que o profissional de saúde possibilite, por meio das atividades lúdicas, o interesse do usuário de saúde, de forma que estes participem ativamente do processo ensino-aprendizagem com expectativa de aumentar a autonomia.

Estes achados demonstram o quanto o uso de pedagogias ativas problematizadoras da realidade contribuem para o maior envolvimento da população as práticas educativas. A pedagogia da problematização pode ser encarada como uma estratégia relevante a ser adotada pelas equipes de saúde bucal como proposta educativa, uma vez que permite, a partir da participação ativa dos usuários, a problematização da sua própria realidade, para que reflitam e compreendam criticamente as razões e os porquês do aparecimento dos problemas bucais da comunidade, ancorados na teoria, de modo a prepará-los para o enfrentamento dos problemas com vistas a buscar soluções adequadas, conforme é trazido no arco de Charles Maguerez (2001).

De acordo com Bodernave (1994), a pedagogia da transmissão e do condicionamento apresentam certa tendência a gerar processos educativos constitutivos de sujeitos reprodutivos e adaptativos às realidades. Enquanto o emprego das pedagogias problematizadoras podem vir a contribuir para a constituição de sujeitos críticos reflexivos e conscientes da sua capacidade de intervenção social da realidade.

Evidenciam-se nos resultados obtidos no presente trabalho, que as práticas educativas em saúde bucal encontram-se centradas em patologias bucais prevalentes e fatores de riscos relacionados como objeto central do trabalho educativo, apontando uma certa racionalidade sanitária baseada em evidências clínicas, de enfoque biomédico Flexneriano, distanciado da perspectiva da determinação social, deixando assim, muitas vezes de atender as necessidades de saúde da população.

Tais aspectos coadunam com as ideias de Paim (2002), que sinaliza que a atenção em saúde não deve ficar restrita às enfermidades e aos limites da assistência prestada, historicamente influenciada aos ditames do modelo médico hospitalar. O autor, muito pelo contrário, aponta que na direção do cuidado em saúde deve haver o reconhecimento da complexidade das necessidades e seus determinantes sociais, que demandam por intervenções efetivas e integrais, incluindo na ordem por implementação de políticas públicas.

Nesse estudo, os dados empíricos da pesquisa mostram que, a maioria dos CDs apresentam formação em saúde coletiva. Teoricamente, essa condição poderia contribuir para uma prática em saúde mais equilibrada entre a dimensão técnica e a dimensão social do trabalho em saúde, sobretudo, refletida no recorte do objeto das práticas e no planejamento dos processos educativos em saúde bucal.

Porém, numa perspectiva diferente, Mendes-Gonçalves (2017, p. 301) faz ressalva quando diz que “as teorias não são propriamente adequadas em si mesmas, mas tornam-se adequadas à medida que as práticas se tornam adequadas e impõem sua retificação”. Assim, o autor ao fazer uma menção sobre os levantamentos de necessidades de saúde afirma que:

[...] O que a teoria permite são critérios tentativos para sua identificação. O primeiro desses critérios, de caráter geral, reside em ter todas as características das necessidades necessárias e ser ao mesmo tempo “impossíveis”, no sentido de que sua satisfação generalizada implica outro homem e outros processos de objetivação. Procurar identificá-las e satisfazê-las, não obstante sua “impossibilidade” imediata, é construir esse novo homem e outros processos de objetivação, mediados por relações sociais de outra natureza (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 371).

A pesquisa revela que, majoritariamente, os profissionais de saúde do distrito durante o processo de definição das temáticas educativas, com vistas a responder as necessidades de saúde bucal, tomam como referência principal, o calendário nacional, instituído de forma *top-down*.

Em conformidade com este resultado, achados semelhantes são demonstrados na pesquisa de Mendes e colaboradores (2017), que confirmam estar as práticas educativas realizadas pelas ESB condicionadas aos programas ministeriais verticalizados.

Outros resultados do estudo apontam que no contexto do desenvolvimento das práticas educativas do distrito, as ESB enfrentam dificuldades do próprio SUS, relacionadas às necessidades de infraestrutura e no provimento dos recursos materiais. Aliados a outros pontos nevrálgicos que se somam a redução gradativa dos turnos de realização das ações educativas da agenda dos profissionais de saúde bucal, um aspecto considerado preocupante, tendo em vista a possibilidade de desencadear o aumento dos problemas e necessidades de saúde e o conseqüente agravamento da demanda reprimida, uma vez que a prática educativa passa a ocupar uma menor capacidade de desempenhar seu importante papel para a promoção da saúde e a prevenção de doenças no espaço social das comunidades.

Coadunando com os achados no que se refere ao valor e espaço dado a educação em saúde bucal quanto a implicação do Estado em provê-la, Barros e colaboradores (2016), afirmam que a saúde bucal está situada numa posição secundária pelo Estado, e enfrenta o baixo provimento para a estruturação das equipes de saúde bucal e precárias condições de trabalho

das equipes, que compromete a capacidade instalada dos serviços em atender necessidades de saúde bucal. Resultando assim, nas intermináveis filas de espera e demora para o atendimento levando, muitas vezes, o usuário (a) priorizar os procedimentos restauradores e as exodontias dentárias no lugar de momentos educativos.

Acrescenta-se aos achados empíricos dessa pesquisa, que a avaliação é um aspecto crítico, pouco empregada e constitutiva do processo educativo pela maioria das ESB. Evidenciou-se que a mesma costuma ser utilizada com foco sobre os aspectos tecnológicos e conceituais do fazer educativo, ao invés fornecer evidências e subsidiar as tomadas de decisões para o alcance dos objetivos da prática educativa, de maneira abrangente e integral, na perspectiva da conscientização sanitária e autonomia do usuário de saúde.

Esses achados prévios corroboram com outros resultados encontrados no estudo de Mendes e colaboradores (2017). Os autores apontaram que a avaliação, além de não ser mencionada como uma das etapas do processo educativo, costuma ser aplicada de forma esporádica. Na maioria das ESB estudadas, a avaliação da ação educativa não se constitui em um instrumento crítico que possibilite checar a efetividade, não permitindo assim analisá-la, instituindo ou não um “pacote preventivo”.

Em consonância com estes resultados, Flores (2007), revela que a eficácia da educação em saúde segue estruturada em aspectos relativos aos conteúdos e tecnologias de ensino, desenvolvidas como um fim em si mesmas, sem questionar os seus resultados em termos individuais e coletivos e, até mesmo, sem estabelecer a vinculação dos problemas de saúde com as suas condições reais de vida da população.

Na literatura, coadunando com tais premissas, o processo avaliativo deve ser permanente e processual e incorporar indicadores qualitativos e quantitativos para acompanhar a compatibilização ou a inadequação entre os objetivos previstos e os realizados. Nesse sentido, a avaliação dos resultados deverá estar referida aos seus efeitos para qualidade do serviço prestado e reorientador das necessidades encontradas (SESC, 2005).

Em outro achado empírico desse estudo, constatou-se que a escola permanece como o espaço privilegiado e de excelência para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde bucal, principalmente por meio da estratégia do PSE, de integração e a articulação permanente entre educação e a saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica para atingir metas pactuadas. Ressaltando contudo, que o PSE pode ser excludente quando o profissional de saúde limita suas atividades educativa a esse grupo. Porém, não foge ao escopo deste, realizar as atividades educativas fora das escolas, buscando abranger ações voltadas a outros grupos e espaços sociais da comunidade.

Os estudos de Mendes et al (2017) corroboram com os mesmos resultados, revelando que o foco das atividades educativas estão centradas nos escolares e são planejadas e desenvolvidas sistematicamente para o alcance das metas pactuadas com o PSE.

Estes dados revelam que o programa vem desempenhando o seu papel articulador entre a atenção básica e as instituições de educação com o intuito de atender as necessidades de saúde da comunidade escolar, proporcionando o fortalecimento de ações com visão no desenvolvimento integral dos estudantes. Entre as ações previstas estão, as atividades de prevenção e controle dos agravos de saúde bucal na qual se centram em práticas educativas em saúde bucal, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor.

Durante a pesquisa, entre os resultados encontrados quanto aos produtos da prática educativa, a maioria dos educadores da saúde bucal objetiva que os usuários de saúde alcancem autonomia e mudanças comportamentais, utilizando predominantemente a pedagogia de transmissão de conhecimentos e pedagogia de condicionamento de técnicas.

Os achados empíricos do estudo de Brasil e Santos (2018) ratificam esses mesmos resultados e apontam para a complexidade do alcance da autonomia pelos usuários do SUS, revelando ser o ato educativo um processo resultante do pensar livre, sem molduras sociais ou pré-requisitos científicos. As autoras criticam as formas verticalizadas decorrentes de ações educativas, voltadas para o modelo hegemônico de atenção prestada a doença e ao doente, que, ao invés da autonomia, favorece a submissão e passividade.

Assim como nos achados do estudo de Mendes e colaboradores (2017), os autores constataram que as intervenções educativas fundamentadas nos métodos tradicionais de transmissão de conhecimentos para a prevenção de doenças, embora relevantes, não fazem o enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, tampouco contribuem para a mudança de posicionamento diante dos problemas enfrentados.

Na literatura, em concordância com esses pensamentos, Candeias (1997, p. 210), traduz o conceito de educação em saúde, construído pelos renomados americanos e especialistas na área, Green e Kreuter, como sendo “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. Enfocando a importância de combinar os múltiplos e complexos determinantes do comportamento humano que abrange a cultura, vivências das pessoas, com as múltiplas experiências de aprendizagens e intervenções educativas que sistematicamente planejadas, devem incorrer com a aceitação e compreensão dos objetivos educativos, o que permitiriam alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde, do indivíduo, do grupo e das comunidades. Para ela, trata-se de realizar ações educativas com enfoque propositalmente educacionais, com vistas às mudanças individuais.

Verificou-se entre os resultados que, grande parte das práticas educativas desenvolvidas pelas ESB do distrito, contemplam parcialmente os problemas de saúde da população. Entretanto o enfoque dado restringe-se às doenças em si e suas manifestações. Além disso, pode-se inferir que, as estratégias pedagógicas adotadas no desenvolvimento dos processos educativos vem possibilitando a autonomia quanto ao autocuidado, mas não favorecem a mobilização dos sujeitos para o enfrentamento das questões sociais que atuam como determinantes do processo saúde-doença.

Conclui-se que, muito embora, os enfoques dados na prática educativa sejam relevantes e atendam grande parte da recomendação do caderno de atenção básica, nº 17, observa-se, a importância de ampliar as temáticas abordadas, em prol da capacitação da comunidade, com vistas o favorecimento de uma participação atuante na melhoria da sua qualidade de vida, a partir do desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, tal como está preconizado pela Declaração da Carta de Ottawa de Promoção da Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo revelam que as práticas educativas desenvolvidas pelas ESB do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador estão majoritariamente ancorados em pressupostos teóricos das pedagogias de transmissão de conhecimentos e do condicionamento de técnicas, de enfoque centrado na doença e fatores de riscos relacionados, apontando semelhança da educação higienista sanitária, ainda distanciadas das questões sociais que tanto impactam a qualidade de vida e saúde bucal da população do referido distrito.

Os resultados apontam que, mesmo de forma tímida, há equipes de saúde bucal promovendo a inclusão de recursos metodológicos de pedagogias ativas e de pautas educativas direcionadas a grupos em vulnerabilidade social, abarcando temáticas de controle social, o que sinaliza indícios de mudanças no desenvolvimento das práticas educativas com vistas ao imbricamento da população no enfrentamento das questões de saúde.

As evidências mostram que o trabalho em equipe e atuação multidisciplinar é considerada uma facilidade, mas, desafios estão postos no que se refere a melhoria das condições de infraestrutura e provimento dos recursos materiais para que mudanças ocorram na perspectiva do atendimento às necessidades de saúde bucal.

Diante dessa realidade empírica, recomenda-se que sejam encorajadas propostas pedagógicas que aproximem a população e os grupos comunitários a se envolverem nas questões de saúde. Pode-se considerar o exemplo da educação popular, que constitui-se de uma alternativa de capacitação para mobilização e controle social de atores da comunidade, levando-os a construção de ações que contribuam para o enfrentamento dos seus problemas com vistas a transformação das realidades encontradas.

Para novas pesquisas, duas lacunas no estudo são apontadas. A primeira no que concerne a falta da percepção dos usuários de saúde, de modo a expressar e validar a capacidade tecnológica dos processos educativos ofertados pelas ESB do distrito. A segunda lacuna, debruça-se diante da impossibilidade de analisar, em que medida os profissionais de saúde podem atuar para promover mudanças a respeito das questões sociais que envolvem a saúde. Propondo assim, fomentar discussões sobre a implicação destes profissionais nas questões sociais no cuidado da saúde bucal, a pouca governabilidade junto a gestão para o provimento de insumos e materiais, e a criticidade destes no enfrentamento dos problemas.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para a adequação por parte da gestão do trabalho em determinadas ESB. Para o desenvolvimento de práticas

educativas em saúde, torna-se necessário promover melhorias das condições de infraestrutura, de recursos materiais e de educação permanente em saúde, voltando-se para além das qualificações pautadas nos aspectos técnico-científicos, abordando pedagogias participativas e problematizadoras das questões sociais da realidade cuja intencionalidade esteja em consonância com os objetivos da Política Nacional de Saúde e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e ao atendimento das necessidades de saúde da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa de Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24n9/2131-2140/>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2021.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 16, p. 319-325, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00239.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.
- AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. *Educational psychology: a cognitive view*. 2th Nova York: Holt, Rinehart and Winston, 1978.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BARROS, J. P. P.; COLAÇO, V. F. R. Produção de sentidos sobre saúde em um grupo de discussão com adolescentes em Fortaleza. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 674-684, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/L3Hw5tn5GJML7j4RNKgNsbm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 mar.2020.
- BARROS, S. G.; MEDINA, M. G.; CARCERERI, D. L.; RUIZ, D. C.; PERES, A. C. O. Atenção Primária e saúde Bucal: as evidências da sua implementação no Brasil. In: CHAVES, S. C. L. *Política de Saúde no Brasil - teoria e prática*. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 173-202.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/100999>. Acesso em: 12 jun. 2020.
- BEZERRA, M. E. S.; BEZERRA, E. N. Aspectos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na abordagem centrada na pessoa. *Revista NUFEN*, v. 4, n. 2, p. 21-36, 2012.. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n2/a04.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- BOMFIM, M. I. R. M. *et al.* O Trabalho docente em educação profissional técnica na saúde. In: *Trabalho, saúde e educação*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

BOTAZZO, C. *et al.* Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. *Revista FAPES*, 2015. Disponível em: <https://bv.fapesp.br/pt/auxilios/85577/invocacao-na-producao-do-cuidado-em-saude-bucal-possibilidades-de-uma-nova-abordagem-na-clinica-odont/>. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. *Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000*. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>. Acesso em: 9 jun.2020.

BRASIL. *Portaria nº 267, de 06 de março de 2001*. Institui as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. *Resolução CNE/CES, nº 3, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília - DF: Ministério da Educação, 2002b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=192671-rces003-02&category_slug=junho-2021-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 4 mar. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf . Acesso em: 27 maio. 2020.

BRASIL. *Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

BRASIL. *Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Educação em saúde – Diretrizes*. Brasília - DF: Funasa, 2007. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7%C3%A3o++em+Saude++Diretrizes.pdf/be8483fe-f741-43c7-8780-08d824f21303> . Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. *Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde: a organização pedagógica do trabalho docente em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, 17). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados principais*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 21 jun.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático da gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf. Acesso em: 4 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário Temático - Promoção da Saúde*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 22 maio 2020.

BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2017.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Processo de trabalho dos técnicos em saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências*: EPSJV-004-CAC-14, relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2017. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Processo%Trabalho%Tecnicos.pdf>.

Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso

em: 14 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *COVID -19*. Disponível em:

<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL, P. R. C.; SANTOS, A. M. Desafios às ações educativas das equipes de saúde bucal na atenção primária em saúde: táticas, saberes e técnicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 2. p. 1-23. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280414>.

Acesso em: 12 abr. 2021.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área da saúde*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 1994. p. 19-26.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 209-213. 1997.

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=pt&tlng=pt)

[89101997000200016&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 21 nov. 2020.

CECCIN, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-168, set. 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2004.

CANGUSSU, M. C.; SOARES, J. P.; CABRAL, M. B. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. In: CHAVES, S. C. L. *Política de Saúde no Brasil - teoria e prática*. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 47-76.

CORRÊIA, P. M. L. R. *A prática educativa na saúde bucal da atenção primária*. 2011.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON. Diamantina, Minas Gerais. 2011. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2761.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

DAVINI, M. C. Do processo de aprender ao de ensinar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área da saúde*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 1994. p. 27-33.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00703.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2020.

FLORES, O. A educação em saúde numa perspectiva transformadora. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde*: documento base - documento I. Brasília - DF: Funasa, 2007. Disponível em: [educ_saude_3Ed.indd \(funasa.gov.br\)](educ_saude_3Ed.indd (funasa.gov.br)). Acesso em: 2 abr. 2020. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Educação em saúde – Diretrizes*. Brasília - DF: Funasa, 2007.

FONSECA, A. A. M.; SILVA, S. C. B. M. *A Produção do Subúrbio Ferroviário de Salvador: os exemplos de Paripe e Periperi*. 2017. Disponível em: [periferia-subc3barbio-ferrovic3a1rio.pdf \(wordpress.com\)](periferia-subc3barbio-ferrovic3a1rio.pdf (wordpress.com)). Acesso em: 19 ago. 2021.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. *A importância do ato de ler em três artigos que se completam*. São Paulo: Cortez, 1989.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. *São Paulo em Perspectiva*, v. 14, n. 2, p. 1-11. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

GARCIA, L. C. *et al.* Práticas de educação em saúde para a prevenção da cárie dentária: um estudo qualitativo com cirurgiões-dentistas. *Revista da ABENO*, v. 18, n. 3, p. 62-74. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i3.498>. Acesso em: 4 mar. 2020.

GAZZINELI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. *Educação em saúde: teoria, métodos e imaginação*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 167.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

LIBÂNEO, J. C. Tendências Pedagógicas na prática escolar. *Revista da Associação Nacional de Educação – ANDE*, v. 3. p. 11-19. 1993. Disponível em:

tendencias_pedagogicas_libaneo20191026-104281-2zt5nh-with-cover-page-v2.pdf (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net). Acesso em: 14 jun. 2020.

LUCKESI, C. C. *Filosofia da Educação*. São Paulo: Cortez, 1994.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 294-321.

MARQUES, E. S. A.; CARVALHO, M. V. C. O significado histórico de práticas educativas: um movimento que vai do clássico ao contemporâneo. *Linguagem, Educação e Sociedade – UFPI/CCE*, ano 21, n. 35, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/lingedusoc/article/view/7449/pdf>. Acesso em: 3 Jun. 2020.

MATOS, C. V.; GONDINHO, B. V. C.; FERREIRA, D. L. A. A educação em saúde bucal e suas representações na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, supl. 1, p. 845-855, mar. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2730>. Acesso em: 5 set. 2020.

MATTOS, D. A integração curricular na odontologia e a incorporação do princípio da integralidade em saúde: encontros ou desencontros? In: MACAU, M, G. L. *Saúde bucal coletiva: implementando ideais, concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p.59-69.

MELO, J. A. C. Educação e as Práticas de Saúde. In: *Trabalho, Educação e Saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2007. p. 21-35. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/139.pdf>. Acesso em: 3 mar.2021.

MENDES, J. D. R. *et al.* Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 1, p. 13-21, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5816>. Acesso em: 1 jun. 2020.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: *Saúde Sociedade & História*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 298-374.

MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>. Acesso em: 31 mar.2018.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2009. p. 155-161.
- MORENO, A.; GARCÍA, E.; CAMPOS, P. Conceptos de educación para la salud. In: MORENO, A. *Enfermera comunitária*. Madrid: McGraw-Hill, 2000. p. 155-168.
- NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde coletiva*. Rio de Janeiro. Hucitec, 1994.
- PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USB, 1994. p. 52-63.
- PAIM, J. S. Saúde e Políticas Públicas. In: *Saúde: políticas e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002. p. 383-405.
- PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYNOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.
- PAIM, J. S. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In: *Saúde Sociedade e História*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 375- 392.
- PAIM, J. S. Aspectos históricos. In: PAIM, J. S. *SUS - Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber*. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 3-17.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2009. p. 427-432.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2009. p. 320-328.
- PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Caderno Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1527-1534. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Jj6qF3CWvsZMfdNRC8GzyvH/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 13 maio 2020.
- PINTO, J. P.; SOUZA, T. A. Transformações sócioespaciais de Salvador e a formação do subúrbio ferroviário. 2018. In: SEMOC, 21., 2018, Salvador. *Anais...* Disponível em: <http://ri.ucs.br:8080/jspui/bitstream/prefix/1238/1/Transformações%20socioespaciais%20de%20Salvador%20e%20a%20formação%20do%20subúrbio%20ferroviário.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- PINTO, V. G. *Saúde bucal, odontologia preventiva social*. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 1994.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD.

Relatório do desenvolvimento Humano 2000. Disponível em:

<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.htm>. Acesso em: 12 jun. 2020.

RABELLO, E. T.; PASSOS, J. S. *Vygotsky e o desenvolvimento humano*. Disponível em:

<https://josesilveira.com/wp-content/uploads/2018/07/Artigo-Vygotsky-e-o-desenvolvimento-humano.pdf>. Acesso em: 6 ago.2019.

RANGEL, M. Educação e saúde: uma relação humana, política e didática. *Revista Educação*, v. 32, n. 1, p. 59-64, jan./abr. 2009. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/277226265_Educacao_e_saude_uma_relacao_humana_politica_e_didatica. Acesso em: 29 ago. 2021.

REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. *Educação em saúde: teoria, métodos e imaginação*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 19-24.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*.

Salvador: SMS, 2014. Disponível em: <http://www.fast-trackcities.org/sites/default/files/Plano%20Municipal%20de%20Saúde%20de%20Salvador%202014-2017.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2020.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Programação Anual de Saúde 2018*. Salvador: SMS, 2018.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2018*. Salvador: SMS, 2018.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Programação Anual de Saúde 2019*. Salvador: SMS, 2019.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2019*. Salvador: SMS, 2019.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Oficina de Gestão 2021*. Salvador: SMS, 2021.

SANTANA, L, S. G.; VERDE, M, R, V.; REIS, R, B. Saneamento e degradação ambiental: uma análise do Subúrbio Ferroviário de Salvador (BA). *Baru-Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos*, v. 6, p. 1-13, 2020. Disponível em: SANEAMENTO E DEGRADAÇÃO AMBIENTAL: UMA ANÁLISE DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR (BA) | Gonçalves de Santana | Revista Baru - Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos (pucgoias.edu.br). Acesso em: 3 mar. 2021.

SANTOS, V. Marco conceptual de educación para la salud. In: OSUNA, A. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson, 2000. p. 341-352.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2009, p. 382-392.

SESC. *Modelo da atividade Educação em Saúde Serviço Social do Comércio*. 2005.

Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3453.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bH5MT6TgT8NjTmcSxBVs8RM/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2020.

SILVA, C. M. C.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n.5, p. 2539-2550, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2018.

SOARES, A. M. C. “Territorialização” e pobreza em salvador – BA. *Estudos Geográficos*, v. 4, n. 2, p. 17-30, dez. 2006. Disponível em: http://www.contatosociologico.crh.ufba.br/site_artigos_pdf/Territorialização%20da%20Pobreza%20em%20Salvador-BA.pdf. Acesso em: 3 jul. 2020.

SOARES, C. M.; PAIM, J.; ROSSI, A.; CHAVES, S. C. L. O espaço da saúde bucal coletiva: contribuições para compreensão da formulação e implementação das políticas de saúde bucal no Brasil. In: CHAVES, S. C. L. *Política de Saúde no Brasil - teoria e prática*. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 137-170.

SOARES, C. M. *A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil*. Salvador: EDUFBA, 2019.

STOTZ, E. N. Enfoques em educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_10993.pdf. Acesso em: 13 jun. 2020.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, v.14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para os informantes – chaves

Nº de ordem:	Nome da UBS/ESF:	
Entrevistado:		
Idade:	Identidade de gênero:	Formação profissional:
Função:	Tempo de atuação na ESB:	Carga horária:
Grau de escolaridade: ensino fundamental () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto () ensino superior completo ()		
Estudou em escola: pública () privada ()		
Pós-Graduação: sim () não () Modalidade de Pós-Graduação: especialização () mestrado () doutorado () Área de concentração:		
Participação em Educação Permanente: sim () não ()		
Temas abordados:		
Experiências pedagógicas: sim () não ()		
Temas abordados:		
QUESTÕES NORTEADORAS		
01	O que vem à mente quando pensa em educação em saúde para a comunidade na qual você atua?	
02	Quais temas são abordados nas práticas educativas em saúde?	
03	Como são definidos os temas a serem abordados nas práticas educativas em saúde?	
04	De que forma você prepara as práticas educativas em saúde bucal para a comunidade?	
05	Onde são realizadas ações educativas?	
06	Para quem são realizadas as ações educativas?	
07	Com que frequência você realiza as ações educativas?	
08	Você faz registro das ações educativas? Onde?	
09	Utiliza indicadores para avaliar as ações educativas?	
10	O que você espera que os usuários alcancem com a realização das práticas educativas em saúde bucal?	
11	Qual a relação você faz das ações educativas propostas com as políticas de saúde?	
12	Você identifica dificuldades e ou facilidades na realização das práticas educativas?	
13	Qual (is) sugestões você daria para melhoria das ações educativas em saúde bucal?	
14	Você pode descrever uma atividade de educação em saúde que desenvolve em sua rotina de trabalho?	

APÊNDICE B – Matriz de Análise Documental do DSSF – Salvador-Bahia.

FONTE DE VERIFICAÇÃO	CATEGORIA ANALISADA	ASPECTOS CONSIDERADOS	PRÁTICAS EDUCATIVAS	ANO
<p align="center">PMS (Vol 1 e 2)</p> <p align="center">PAS</p> <p align="center">RAG</p>	<p align="center">Objeto da prática</p>	<p>Aumento da incidência de cárie em crianças aos 5 anos de idade;</p> <p>Aumento de doença e cárie e doença periodontal em adultos e idosos;</p> <p>Aumento do tabagismo e elitismo</p> <p>Aumento no número de idosos</p> <p>Os danos,</p> <p>Determinantes sociais de saúde,</p>	<p>Ação educativa com ênfase na introdução racional do açúcar;</p> <p>Prevenção de doenças bucais: cárie e doença periodontal aos escolares;</p> <p>Incremento e abrangência das práticas educativas em saúde bucal no Programa Saúde na Escola (PSE).</p> <p>Ação educativa em saúde voltadas aos fatores de risco das doenças</p> <p>Problemas de saúde bucal; os fatores de risco das doenças prevalentes; os danos; a população atingida pelos problemas de saúde; as práticas de educação em saúde; o local da realização das práticas educativas;</p>	<p align="center">2018- 2021</p>
	<p align="center">Finalidade da ação</p>	<p>Promoção da saúde</p> <p>Prevenção das doenças bucais</p> <p>Intervenção no território</p> <p>Melhoria das condições de vida</p>	<p>Educação em saúde são desenvolvidas considerando os problemas prioritários de cada DS para hábitos alimentares saudáveis</p> <p>Não é possível distinguir se existe uma abordagem para promoção da saúde bucal e se foram realizadas pela ESB, propostas, temas abordados, o número das atividades realizadas, recursos destinados para a ação educativa, público alvo, local, a periodicidade, a frequência, faz -registro das ações educativas e indicadores utilizados para avaliar as ações educativas</p>	<p align="center">2018- 2019</p>

APÊNDICE D – Matriz das facilidades e dificuldades na realização das práticas educativas do DSSF de SSA-BA

ESB	Sujeito da ação	Facilidades	Dificuldades
ESB 1	CD ASB	<p>O trabalho articulador do ACS e a comunidade</p> <p>Combinações de ação educativas individuais e coletivas</p> <p>Espaço físico adequado</p> <p>Vínculo e receptividade com a comunidade</p> <p>Trabalho em equipe</p>	<p>Desenvolver ação educativas diante da demanda reprimida de necessidades históricas;</p> <p>Desconstrução das práticas de saúde reducionistas oriundas do modelo flexneriano (curativas e restauradoras);</p> <p>Ruptura da visão mecanicista e tecnicista das práticas;</p> <p>Articulação com outros setores (Intersetorialidade);</p> <p>Trabalhar a educação em saúde numa cultura em que os procedimentos e medicamentos são mais valorosos;</p> <p>Trabalhar em meio as questão cultural e histórica que a educação em saúde faz parte do cuidado e do valor dessa na estrutura sociedade;</p> <p>A alta rotatividade fragiliza as ações.</p> <p>Falta insumos, materiais de consumo, carro para o deslocamentos para as comunidades distantes.</p>
ESB 2	CD	Apoio da gestão	Falta insumos, mas são providenciados
	ACS	A existência dos profissionais de saúde	Falta carro, mas é uma questão polemica. Faço tudo a pé.
ESB 3	CD	Não falta material e recursos	As vezes falta escova de dentes e fio dental, mas buscamos estratégias
	ASB	A existência do trabalho da ESB	Impossibilidades da escola para desenvolver as ações educativas
			Dispersão das pessoas durante as atividades educativas

ESB 4	CD	A integração da equipe para o alcance dos objetivos	Necessidade de maior parceria com a gestão Cobrança no cumprimento das metas Condições de trabalho inadequadas Falta de segurança na unidade Falta de insumos e materiais Falta de carro para locomoção Unidade de saúde pequena Temos que comprar alguns itens como o lanche
	ASB		Necessidade de maior parceria com a gestão Falta de escova e flúor
ESB 5	CD	Trabalho em equipe	Falta de material Posição geográfica (ladeiras)
	ASB	Trabalho em equipe	Falta de material
ESB 6	CD	PSE, mas prefere a prática individual	Focar no núcleo familiar
	ASB	Trabalho em equipe	O acesso físico as localidades
ESB 7	CD	Perfil do profissional O trabalho do ACS Trabalho em equipe	Falta de material
	ASB	NP	NP

*Legenda: NP - Não Participou

APÊNDICE E – Matriz de coleta de dados para análise do contexto

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE			
Categoria analisada	Aspectos a serem considerados	Perguntas orientadoras da análise	Outras considerações
Agentes da prática educativa	Agente (s) da prática educativa	1 O que vem à mente quando pensa em educação em saúde para a comunidade na qual você atua?	Você identifica dificuldades e ou facilidades na realização das práticas educativas?
	Perfil ou características do agente das práticas educativas	Tempo de formação? Tempo de atuação na ESF? Possui pós-graduação ou qualificações? Passou por processos de EP? Tem experiências pedagógicas? Dupla inserção? Estudou em escola pública ou privada?	
Objeto da Prática Educativa	Doenças bucais Os fatores de riscos Os danos Os determinantes sociais de saúde	2 Quais temas são abordados nas práticas educativas em saúde? 3 Como são definidos os temas a serem abordados nas práticas educativas em saúde? 11 Qual a relação você faz das ações educativas propostas com as políticas de saúde?	
Tecnologias utilizadas na ação educativa	Tecnologias materiais Tecnologias não materiais Saberes mobilizados Pedagogia adotada	4 De que forma você realiza as práticas educativas em saúde bucal para a comunidade? 14 Você pode descrever uma atividade de educação em saúde que desenvolve em sua rotina de trabalho?	

Finalidade da ação educativa	Promoção da saúde Prevenção das doenças bucais Intervenção no território Melhoria das condições de vida	11 Qual a relação você faz das ações educativas propostas com as políticas de saúde? 5 Onde são realizadas ações educativas?	Onde, para quem, a periodicidade, a frequência, faz -registro das ações educativas, utiliza indicadores para avaliar as ações educativas? Há ações educativas vinculadas a algum tipo de programa? Qual?
Resultados da ação educativa	Autonomia dos sujeitos Emancipação Conscientização sanitária Adaptação Reprodução/repetição	10 O que você espera que os usuários alçassem com a realização das práticas educativas em saúde bucal? 6 Para quem são realizadas as ações educativas?	

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
 COM ÊNFASE EM TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a), como voluntário (a), a participar da pesquisa intitulada: **“PRÁTICAS EDUCATIVAS REALIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO DISTRITO SANITÁRIO DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR-BA”**. Por favor, leia este documento com bastante atenção, antes de assiná-lo.

Esta pesquisa será desenvolvida durante o curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) / Universidade Federal da Bahia (UFBA), pela mestrande e pesquisadora Iolanda Nogueira de Sousa e pela orientadora Catharina Leite Matos Soares.

Pretende-se com essa pesquisa contribuir para produção de conhecimentos com vistas a reorganização dos processos educativos em saúde bucal desenvolvidos na comunidade da qual você faz parte. Espera-se promover mudanças no perfil epidemiológico, sem perder de vista a necessidade do enfrentamento das iniquidades sociais resultantes da apropriação desigual das riquezas pela população do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador - BA. O objetivo desse estudo é caracterizar as práticas educativas em saúde bucal desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal do referido distrito sanitário.

Dentre os procedimentos envolvidos no estudo está a coleta de dados que será realizada exclusivamente por mim, a pesquisadora Iolanda Nogueira de Sousa, com algumas equipes de saúde bucal do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador, por meio de entrevistas que serão gravadas mediante sua autorização, utilizando ferramentas digitais, a exemplo dos aplicativos de videoconferência como o Meet e Zoom. Ressalto que as entrevistas serão realizadas de forma online, em razão das medidas sanitárias de afastamento social frente a pandemia COVID 19.

Reitero que as entrevistas para coleta de informações serão realizadas somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que prevê uma série de princípios éticos que regem o trabalho científico com intuito de proteger os participantes das pesquisas envolvendo seres humanos. As entrevistas serão agendadas previamente por meio de contatos telefônicos e e-mail, em turno e dia, de acordo à disponibilidade do participante sendo realizadas de forma não remunerada e voluntária, com duração prevista de 30 a 40 minutos.

Caso você decida participar, as pesquisadoras asseguram confidencialidade, a privacidade e o anonimato. Nesse sentido, ninguém saberá que você concedeu a informação, buscando assim respeitar a sua integridade intelectual, cultural e social.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco, no nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da pesquisa são: possibilidade de enfrentamento de questões relacionadas às vivências acadêmicas, do trabalho e situações geradoras de estresse, que podem levar a certo grau de ansiedade e/ou outros sentimentos no momento da execução da pesquisa, a variar das experiências de cada participante. Nos comprometemos a realizar a entrevista em ambiente reservado. Em caso de alguma instabilidade emocional, inicialmente o participante será acolhido pela pesquisadora. Se for necessário a entrevista será interrompida, para que você se restabeleça, ou até mesmo finalizada.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios tanto no âmbito individual quanto a possibilidade de colaborar para a reflexão e tomada de decisões no que tange o processo de elaboração e na execução das práticas educativas em saúde, e no coletivo promover a elevação do nível de saúde pela redução do índice das doenças bucais prevalentes, de acordo com as necessidades da população e a realidade local.

A divulgação e o retorno da pesquisa à comunidade só ocorrerão com o intuito de trazer

benefícios ao que tange a produção científica divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais e divulgação de resultados à sociedade, bem como considerando os princípios da não-maleficência.

Asseguro que o material coletado será guardado por cinco anos, e após este período o material será destruído.

Reforço que conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, você poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida retirar-se desse estudo não há penalidades e você não correrá riscos e nem prejuízo pessoal. Você não terá nenhuma despesa pela sua participação, nem receberá pagamento ou gratificação.

Você terá garantida a disponibilização de todas as informações referentes à pesquisa, através de explicações compreensíveis e do esclarecimento de eventuais dúvidas por parte das pesquisadoras. Caso haja alguma dúvida sobre a participação nessa pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através dos contatos abaixo mencionados.

Você participante após a leitura e aceitação da pesquisa deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador. Esclareço que uma via ficará na sua posse e a outra ficará com a pesquisadora que se comprometerá em guardar pelo prazo de cinco anos.

Caso você concorde, solicitamos autorização para o uso das gravações das entrevistas, bem como das informações coletadas para fins de construção da dissertação do curso, publicação de artigos científicos, divulgação e apresentação em eventos.

Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Eu _____ me considero devidamente esclarecido (a) e aceito participar voluntariamente das atividades da pesquisa intitulada **“PRÁTICAS EDUCATIVAS REALIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO DISTRITO SANITÁRIO DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR-BA”** Fui devidamente informado (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isto leve a nenhuma penalidade, caso me sinta constrangido (a) durante a sua realização.

Concedo autorização para gravação de entrevista, a ser realizada de forma online, diante das medidas sanitárias frente a pandemia COVID 19 e para que sejam utilizados os resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meios de comunicação, e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

Estou ciente dos benefícios que os resultados da pesquisa poderão proporcionar ao processo de desenvolvimento das práticas educativas em saúde bucal. Sei que minha identidade será mantida em sigilo e que os dados da pesquisa serão arquivados por um período de cinco anos e, vencido esse tempo, o material será destruído.

Fui também esclarecido (a) que não terei nenhum tipo de ônus e que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa, estando as despesas do projeto a cargo das pesquisadoras. Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado por mim em duas vias, com o compromisso dos pesquisadores me proporcionarem uma cópia do mesmo para meu controle.

Assim, ratifico que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência da pesquisadora. Estou ciente de que poderei me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo à minha pessoa e nem a meu futuro profissional.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Para maiores informações, pode entrar em contato com a pesquisadora através;

(71) 3116-0224 ou (71) 993711771 ou e-mail: iolyn@hotmail.com
Escola de Saúde Pública da Bahia, av. Antônio Carlos Magalhães –
Parque Bela Vista, Salvador - BA, CEP: 40301-155
Pesquisadora-Mestranda – Iolanda Nogueira de Sousa

ou

(71) 99179-9054 ou e-mail: catharinamatos@gmail.com
Orientadora Prof^a. Dr^a. Catharina Leite Matos Soares
Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – CEP: 40.110-040 – Salvador – Bahia.
Telefone. (71) 3283-7419

ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (CEP-ISC)
Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – CEP: 40.110-040 – Salvador – Bahia
Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8 às 15h.
E-mail: cepis@ufba.br. Telefone. (71) 3283-7419

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA SMS DE SALVADOR

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Termo de Anuência Institucional


A Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador - SMS, através do Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário, declara conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos, as Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS, e estar ciente das corresponsabilidades como instituição coparticipante, bem como do compromisso de garantir a segurança dos dados selecionados em seu âmbito para realização do projeto de pesquisa “PRÁTICAS EDUCATIVAS REALIZADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO DISTRITO SANITÁRIO DO SUBURBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR - BA”.

O objetivo desse estudo é caracterizar as práticas educativas em saúde bucal desenvolvidas pela ESB no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário do município de Salvador-BA. Será conduzido pela pesquisadora responsável : Iolanda Nogueira de Sousa, vinculada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - UFBA, que compromete-se a apresentar os resultados do estudo identificando os benefícios para a população usuária, trabalhadores e gestores do SUS da rede SMS e, informar antecipadamente, a utilização e divulgação dos resultados a esta instituição coparticipe.

A pesquisadora encaminhou o projeto a esta Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas que, através deste Termo de Anuência Institucional, expressa o parecer favorável ao seu desenvolvimento mediante aprovação do Comitê de Ética.

Salvador, 24 de agosto de 2020.

Atenciosamente,


Melicia Silva Reis Góes
Subcoordenadora CGPS/SMS
Subcoordenadora de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal
CGPS / SMS